

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	GARCIA	GENIT ROBERTINA ANTONIA	15	02	1963	62 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306256411	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	WASHINTONG y JAMBELI	095-900-2689 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306256411	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugia Vascular		2025	10	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/espec ifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON HISTORIA DE VARICES MUY PROMINENTES Y TORTUOSAS EN AMBAS PIERNAS, LAS CUALES HAN EVOLUCIONADO CON EL TIEMPO Y SE ACOMPAÑAN DE UNA INFLAMACIÓN CRÓNICA EN LA REGIÓN DE LAS PIERNAS, CON SENSACIÓN DE PESANTEZ, DOLOR LEVE O MODERADO Y FATIGA AL CAMINAR. LAS VARICES SE ENCUENTRAN VISIBLES Y SOBRESALIENTES EN LA PIEL, ACOMPAÑADAS DE ERITEMA Y EN ALGUNOS PUNTOS PEQUEÑOS MORETONES. NO SE REFIEREN ÚLCERAS EN LA PIEL, PERO HAY UNA CLARA HISTORIA DE DIFICULTADES EN LA CIRCULACIÓN VENOSA Y LOS SÍNTOMAS SE AGUDIZAN AL FINAL DEL DÍA O LUEGO DE PERIODOS LARGOS DE ESTAR DE PIE. PRESENTA DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE YA CONOCIDA POR EL SERVICIO, SOLICITA SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION		I831		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	14:37	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	14:37	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	