

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	DELIA AMIRA	26	05	1949	76 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306639319	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y	095-928-9842 / (05)-269-9066
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	1306639319	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugia Vascular y Endovascular		2025	07	24
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/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 76 AÑOS, APP: HTA, DM, CA SENO DERECHO, APF: NO REFIERE, AQX: MASTECTOMIA DERECHA, ALERGIAS: LEVOFLOXACINO, NORFLOXACINA, CIPROFLOXACINO. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESION ULCEROSA EN CARA LATERAL DE PIERNA DERECHA. REFIERE DOLOR DE GRAN INTENSIDAD, NO REFIERE FIEBRE NI OTROS SINTOMAS SISTEMICOS. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA ULCERA DE APROXIMADAMENTE 5CM DE BORDES IRREGULARES, FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION. SE OBSERVA VARICOSIDADES EN MIEMBROS INFERIOR DERECHO. PULSOS DISTALES CONSERVADOS. SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGIA VASCULAR PARA SU SEGUIMIENTO. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA	1830	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	13:06	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	



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
2025-07-24	13:06	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

