

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ZAMBRANO	MARIA ELIZABETH	29	10	1957	68 años, 4 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307152239	MANABI	CHONE	BOYACA	LOS LIBERALES y S	095-915-1825 /
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	1307152239	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	03	11
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 68 años de edad con antecedente patológico personal de hipertensión arterial, quien acude a consulta médica por presentar edematización de miembro inferior izquierdo de aproximadamente 8 meses de evolución. Refiere haber sido valorada previamente por especialista en el Hospital Napoleón Dávila Córdoba, sin embargo, perdió la cita de control, por lo que requiere nueva referencia para continuar seguimiento por especialidad. Al momento de la valoración se evidencia miembro inferior izquierdo con edema leve, consistencia dura, presencia de fóvea a la digitopresión, aumento de la temperatura local y cambios en la coloración cutánea. Por antecedentes y hallazgos clínicos se decide realizar referencia nuevamente a especialidad para valoración, estudio complementario y manejo correspondiente.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO POR EL MOMENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	I739	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	08:33	Medicina Rural	NOEMI ROXANA BERMEO MAZZA	1315412294	

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
2026-03-11	08:33	Medicina Rural	NOEMI ROXANA BERMEO MAZZA	1315412294	

