

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | BASURTO          | MARIA ELENA | 23                  | 07  | 1971 | 54 años, 5 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                         | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-----------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307552594        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | CIUDADELA LOS CHONANAS y PASAJE 5 | 098-221-1156 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria      | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1307552594      | CONVENTO                 | 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  | 01  | 22  |
| 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

SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: HIPERTENSION ARTERIAL +DMT2 CA DE TIROIDES ACUDE POR PRESENTAR PESADEZ DOLOR EDEMA PRESENCIA DE VARICES EN AMBAS PIERNAS AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. REGIÓN INGUINAL: NADA QUE LLAME LA ATENCIÓN. GENITALES NORMALES, EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, PRESENCIA DE VARICES EN AMBAS PIERNAS SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON PRESENCIA DE VARICES AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------|--------|-----|-----|
| INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) | I872   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 20:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 20:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

