

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GALLARDO	CAICEDO	ABAD REINALDO	08	01	1973	52 años, 8 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307637338	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	099-904-1078 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307637338	SAN ANTONIO	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		2025	09	19
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	☐	VENAS VARICOSAS CON INFLAMACIÓN	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON CARDESARTAN / HTC 16 MG/ 12.5 (BLOPRESS PLUS) , INSULINOREQUIRIENTE 12 UI AM Y 8 UI PM SUBCUTÂNEA, EN AYUNA CONTRLES EN 103 Y 107 CON 160 MG/DL LUEGO DE MERIENDA 30 MINUTOS. AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO EN PANTORILLA DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN CON EDEMA EN TIBIAL POSTERIOR DE PIERNA IPSILATERAL CON PARESTESIAS UNILATERAL. NO CONTAMOS CON ESTUDIO NI MEDICACIÓN DISPONIBLE EN UNIDAD 0999041078

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON DINERO PARA ESTUDIOS NO DISPONIBLES EN PRIMER NIVEL MSP.
--

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
2025-09-19	08:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-19	08:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	