

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	FARIAS	MARIA DE LOURDES	16	04	1971	55 años, 1 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	1307666345	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	BOLIVAR y MALECON	093-960-6958 /
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	1307666345	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	06	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PTE. FEMENINA DE 55 AÑOS, CON APF: MADRE HTA, APP: DE OBESIDAD, Y VARICES EN MI DE LARGA EVOLUCIÓN INCLUSO CON ULCERA EN MI DERRCHO DE > 15 AÑOS Y EN LA IZQUIERDA > DE TRES AÑOS... Y DESDE HACE TRES MESES SE AN REACTIVADO Y HAN PROGRESADO POR LO QUE ACUDE A LA EMERGENCIA HACE UNA SEMANA DONDE LE INDICARON TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS Y AHORA SOLICITA QUE LE REALICEN LA RFERENCIA A II O III NIVEL AL. EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR. MV NORMAL. ACV: RSCsRs/S... SE OBSERVA ULCERAS EXTENSAS EN TERCIO MEDIO DE AMBAS PIERNAS QUE REQUIEREN SER TRATADAS EN II O III NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA ULCERAS EXTENSAS EN TERCIO MEDIO DE AMBAS PIERNAS QUE REQUIEREN SER TRATADAS EN II O III NIVEL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA E INFLAMACION	I832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	11:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-15	11:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

