

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MACIAS	CARMEN ISABEL	01	10	1972	53 años, 2 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	1307877587	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	EL COROZO y	000-000-0000 /
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	1307877587	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2025	12	29
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

MUJE DE 53 AÑOS CON APP DE VENAS VARICOSAS .APQ; SALPINGECTOMIA BILATERAL ALERGIA NIEGA APF; NIEGA DERIVADA DE MEDICINA GENERAL DE OTRA UNIDAD POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS EN MIEMBRO INFERIORES QUE CAUSAN PESADEZ Y DOLOR E; PACIENTE TAMBIÉN DOLOR EN REGIÓN LUMBAR IZQUIERDO QUE SE EXTIENDE POR MIEMBRO INFERIOR DEL MISMO LADO. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA. EXAMEN FÍSICO: PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS DE GRAN CALIBRE EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, CON PREDOMINIO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, PACIENTE REFIERE QUE HAN COMENZADO A ULCERARSE EN REGIÓN DORSAL DE PIE DONDE TAMBIÉN SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ARAÑAS VASCULARES; PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA; PUNTOS DE VALLEIX BILATERAL POSITIVOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REPORTAN EXÁMENES DE LABORATORIO DEL 10/12/2025: GLUCOSA BASAL 82 / COLESTEROL 205 / TRIGLICERIDOS 199. SIN REPORTE DE ECO DOPPLER DE MI

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-29	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-12-29	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	