

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	EGDA NATIVIDAD	01	08	1976	49 años, 11 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308491560	MANABI	CHONE	CANUTO	INES MORENO y	098-268-8790 /
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	1308491560	CANUTO	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	07	10
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 49 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA. ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA REFIRIENDO UN CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS VISIBLES Y TORTUOSAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES. LA PACIENTE MANIFIESTA QUE EN LOS ÚLTIMOS MESES EL CUADRO SE HA EXACERBADO, ASOCIÁNDOSE A EDEMA ("HINCHAZÓN") BI-MALEOAL QUE EMPEORA AL FINALIZAR EL DÍA (VESPERTINO) Y DOLOR DE TIPO PESANTEZ AL CAMINAR O PERMANECER EN BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, AFECTANDO CON MAYOR INTENSIDAD Y PREDOMINIO A LA PIERNA IZQUIERDA. REFIERE PARESTESIAS (SENSACIÓN DE HORMIGUEO) Y PRURITO (COMEZÓN) OCASIONAL EN ZONAS AFECTADAS. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO NIEGA ANTECEDENTE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, NIEGA CAMBIOS DE COLORACIÓN SÚBITOS, NIEGA DOLOR EN REPOSO Y NIEGA LA PRESENCIA DE ÚLCERAS ACTIVAS O CICATRIZADAS EN REGIÓN DE MALEOLOS. TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIEMBROS INFERIORES (ENFOQUE EXTENSO DIRIGIDO): INSPECCIÓN: SE EVIDENCIA PRESENCIA DE PAQUETES VARICOSOS TORTUOSOS, DILATADOS Y VISIBLES EN EL TRAYECTO DE LA VENA SAFENA MAYOR Y MENOR EN AMBAS EXTREMIDADES, CON MAYOR CONGESTIÓN Y DILATACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, ASOCIADO A PRESENCIA DE TELEANGIECTASIAS ("ARAÑITAS VASCULARES") EN CARA LATERAL DE MUSLOS Y TOBILLOS. PALPACIÓN: SE CONSTATE EDEMA DEPRESIBLE EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO GRADO I/IV (+/+ +++) QUE DEJA SIGNO DE GÓDET POSITIVO EN REGIÓN INFRAMALEOLAR. SISTEMA ARTERIAL COMPROBADO: PULSOS FEMORALES, POPLÍTEOS, PEDIOS Y TIBIALES POSTERIORES PRESENTES, SIMÉTRICOS Y DE BUENA INTENSIDAD EN AMBAS PIERNAS. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A 2 SEGUNDOS. TEMPERATURA LOCAL CONSERVADA. SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA NEGATIVOS (HOMANS Y OLLOWNEGATIVOS BILATERALMENTE). PIEL INDEMNE, SIN DERMATITIS DE ESTASIS, INDURACIÓN NI HIPERPIGMENTACIÓN (SIN OCRE).

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	I839	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	14:41	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA

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
2026-07-10	14:41	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	