

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PLAZA	ZAMBRANO	BETTY ZENEIDA	14	04	1975	51 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308652468	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CINCO DE JUNIO y 7 DE AGOSTO	099-012-2090 /
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	1308652468	SANTA RITA	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	13
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 51 AÑOS DE EDAD, APP: TINNITUS EN OIDO DERECHO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO , APQ: CIRUGIA OCULAR PARA CORRECCIÓN DE MIOPIA, CESAREA (2), MIOMECTOMIA, APENDICECTOMIA E HISTERECTOMIA, APF: PAPÁ DIBÉTICO E HIPERTENSO, ALERGIAS: IBUPROFENO, SULFONAMIDAS Y QUINOLONAS .PACIENTE ACUDE A CITA MÉDICA PARA SOLICITAR REFERENCIA A FISIATRIA PARA SEGUIMIENTO EN REHABILITACION POR LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR POSTERIOR A MOVILIZAR CAMA PESADA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO, PACIENTE YA HA SIDO VALORADA POR TRAUMATOLOGIA QUIEN SOLICITA NUEVA REFERENCIA PARA REALIZAR RESONANCIA MAGNÉTICA POR PERSISTENCIA DE MOLESTIAS PESE A TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VENAS VARICOSAS

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
2026-07-13	14:31	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-07-13	14:31	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	