

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	ZAMBRANO	JORGE JAVIER	06	03	1980	46 años, 2 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310162142	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SD y SD	098-134-7038 /
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	1310162142	NAUSE	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	05	08
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 DE 46 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL POR CIRUGÍA VASCULAR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO EL 11 DE MARZO DE 2026 POR PATOLOGÍA VARICOSA EN MIEMBROS INFERIORES. PACIENTE REFIERE NO RECORDAR EL NOMBRE EXACTO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO, MENCIONANDO ÚNICAMENTE HABER SIDO OPERADO DE “VÁRICES”. ACTUALMENTE ACUDE PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA Y ESTADO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL POS QUIRURGICO(PERDIO CITA CUANDO LA TENIA)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EXAMEN DE SEGUIMIENTO CONSECUTIVO A CIRUGIA POR OTRAS AFECCIONES	Z090		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	16:07	Medicina Rural	JAHAIIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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 clínico

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
2026-05-08	16:07	Medicina Rural	JAHAIIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	