

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MACIAS           | MACIAS           | NELLY TRINIDAD | 04                  | 07  | 1967 | 58 años, 5 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310245269        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | VIA LA CELICA y SN           | 099-999-9999 /       |
| 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                 | 1310245269      | 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  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUJER 58 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA APQ; SALPINGECTOMIA BILATERAL, ALERGIA NIEGA, APF NIEGA, ACUDE A CONSULTA POR REFERIR DOLOR DE EVA 9/10 MAS PARESTESIA EN MIEMBROS INFERIORES RELACIONADO A LA PRESENCIA DE VARICES DE LARGA DATA A LA EXPLORACION FISICA: PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS . MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO: VARICES GRUESAS CON SENSACION DE CALOR A LA PALPACION, MIEMBRO INFERIOR DERECHO: ARAÑAS VASCULARES . PULSOS DISTALES PRESENTES REFIERE DOLORSE EXACERBA AL DEAMBULAR LARGAS DISTANCIAS, SUBIDA DE LOMAS, POSICION BIPEDESTACION DURANTE MUCHO TIEMPO, SENSACION DE PESADEZ DE PIERNAS, NIEGA TRATAMIAMTO ACTUAL NIEGA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR. HOY CON PERSISTENCIA DE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| *DIOS MINA 500MG VO BID *USO DE MEDIAS COMPRESIVAS 20-30 MMHG |
|---------------------------------------------------------------|

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 13:58 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 13:58 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |