

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	COBEÑA	ROSA EMILIANA	03	01	1982	44 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	1310627599	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA MANTA BLANCA y	096-075-1175 /
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	1310627599	CONVENTO	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	06	16
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 44 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR VÁRICES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADAS DE DOLOR, SENSACIÓN DE PESADEZ, FATIGA Y EDEMA DE PREDOMINIO VESPERTINO. REFIERE AUMENTO PROGRESIVO DE LAS DILATACIONES VENOSAS Y LIMITACIÓN PARA ACTIVIDADES COTIDIANAS. NIEGA ANTECEDENTE RECIENTE DE TRAUMA. NO PRESENTA SIGNOS DE INFECCIÓN ACTIVA. PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO SE OBSERVAN VENAS VARICOSAS DILATADAS Y TORTUOSAS EN TRAYECTO DE SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL, CON EDEMA LEVE DISTAL. DOLOR A LA PALPACIÓN SOBRE TRAYECTOS VENOSOS AFECTADOS. PULSOS PERIFÉRICOS CONSERVADOS. SIN EVIDENCIA DE ÚLCERAS ACTIVAS NI SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA AL EXAMEN CLÍNICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGÍA VASCULAR PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ECO-DOPPLER VENOSO) Y DETERMINACIÓN DE MANEJO DEFINITIVO, DEBIDO A SINTOMATOLOGÍA PERSISTENTE Y PROGRESIÓN DEL CUADRO CLÍNICO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	10:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-06-16	10:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

