

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		4443	CS ROCAFUERTE		B	1310999774		1310999774						
PRIMER APELLIDO		LOOR		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ		NAPA		FLOR		MARIA		F	1977-06-01	48	H	D	M	A
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0981918846				☒		☐								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO								
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		2. Falta de espacio físico.								
						3. Falta de equipamiento.								
						4. Equipos en mal estado.								
						5. Problemas de infraestructura.								
						7. Insuficiencia de profesionales.								
						8. Inadecuada capacidad resolutive								
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO HOSPITAL ESPECIALIDADES		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA VASCULAR	

Paciente femenina de 48 años refiere cuadro de 3 meses de evolución con aparición de venas dilatadas en miembros inferiores, acompañadas de sensación de pesadez, dolor y edema leve en tobillos y pies al permanecer mucho tiempo de pie. Refiere empeoramiento progresivo de los síntomas. Niega cambios de coloración severa, úlceras o fiebre. Presencia de venas varicosas superficiales visibles en miembros inferiores. Escasas telangiectasias. Edema leve en tobillos y pies. Sin lesiones ulcerativas ni signos de trombosis aguda. Pulsos periféricos conservados. Plan: Dipemina 1000 mg en polvo granulado: disolver un sobre en medio vaso con agua y tomar VO una vez al día. Evitar permanecer de pie por tiempos prolongados. Elevar miembros inferiores al reposo. Se realiza referencia a cirugía vascular para valoración especializada y tratamiento oportuno.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION	1831		☒	4.			
2.	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	1872	☒		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
26/05/2026	10:55 AM	LEIDY		MANZO		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310900947							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA		☐		REFERENCIA INVERSA		☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	