

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	ZAMBRANO	LUZ GERMANIA	28	03	1987	38 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311005472	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA PARAISO y	098-733-3510 /
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	1311005472	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	2026	03	25
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

MUJER DE 38 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, APF: PAPA Y MAMA HIPERTENSOS , AQX: CESÁREAS 2, ALERGIAS: NO REFIERE, AGO G3C2 P1A0, FUM: 28/02/2026. ACUDE POR REFERIR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 8 AÑOS DE EVOLUCION POSTERIOR A SEGUNDA GESTACION CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS A NIVEL INGUINAL DE PIERNA DERECHA CON DOLOR DE EVA DE 7/10 MAS PARESTESIA Y PRURITO QUE SE EXACERBA A LA ACTIVIDAD FISICA Y AL DEAMBULAR PROLONGADAMENTE, REFIERE USO DE DIOSMINA 500MG VO QD 2 MESES EXAMEN FISICO; MIEMBRO INFERIOR SE APRECIA VENAS VARICOSA Y TELANGIECTASIAS EN ZONA DE MUSLO POSTERIOR DERECHO HOY ASINTOMATICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN FARMACOLOGICO: DIOSMINA 500MG VO QD USO DE MEDIAS COMPRESIVAS 20-30MMHG

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
2026-03-25	12:30	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
2026-03-25	12:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	