

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MENDOZA          | CHICA            | JIMMY GABRIEL | 21                  | 04  | 1985 | 40 años, 4 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                     | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|-------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311037368        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | VIA MANTA QUEVEDO y SAN PABLO | 098-853-2925 / (05)-232-3437 |
| 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                 | 1311037368      | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Vascular y Endovascular |  | 2025  | 08  | 21  |
| 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

USUARIO CON DOLOR EN PIERNA DERECHA REGION POPLITEA DE 4 MESES DE EVOLUCION EVA 6/10 CON HEMIPARESTESIA MAS EDEMA... AL EXMANE FISICO VENAS VARICOSAS GRADO 2 BAJO CATEGORIZACION CEAP... PLAN: REFERENICA A CIRUGIA VASCULAR.... ECOGRAFIA DOPPLER

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITUD ULTRAS ONIDO DOPPLER

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION |  | I831   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-08-21 | 14:50 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-08-21 | 14:50 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

