

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOL	CEDEÑO	VIVIANA ESTEFANIA	02	12	1990	35 años, 7 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312020991	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	GARRAPATA y AAAA	098-081-4747 /
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	1312020991	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Vascular - Brigada Médica externa ONG		2026	07	14
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 FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, ACUDE A CENTRO DE SALUD PORQUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN AMBOS TOBILLOS, DE PREDOMINIO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, ASOCIADO A EDEMA, CAMBIOS EN LA COLORACIÓN DE LA PIEL CON HIPERPIGMENTACIÓN EN PIE IZQUIERDO, AUMENTO DE LA TEMPERATURA LOCAL Y ENDURECIMIENTO CUTÁNEO. REFIERE PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA DEAMBULACIÓN. AL EXAMEN CLÍNICO SE EVIDENCIAN PIEL RÍGIDA, CALIENTE Y EDEMATOSA EN PIE IZQUIERDO, CON CAMBIOS TRÓFICOS COMPATIBLES CON POSIBLE PATOLOGÍA VASCULAR CRÓNICA. POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y LA PERSISTENCIA DEL CUADRO, SE SOLICITA REFERENCIA AL SERVICIO DE MEDICINA VASCULAR PARA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	09:04	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-14	09:04	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

