

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	RODRIGUEZ	RAMONA MAGDALENA	09	09	1949	75 años, 11 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312196122	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	JUAN MONTALVO y	096-397-2821 /
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	1312196122	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		2025	08	27
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 75 AÑOS CON APP DE HTA Y DM2 DE LARGA DATA, MAS INSUFICIEENCIA VENOSA EN MI ACUDE PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR . CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR DE EVA DE 8/10 EN MIEMBROS INFERIORES MAS PARESTESIA Y PAREZIA QUE SE EXACERBA AL DEAMBULAR LARGAS DISTANCIAS AL MOMENTO PACIENTE COLABORADORA, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS, SIGNOS VITALES CON PA 103/55 MMHG, HOY ASINTOMATICA, NO SIGNOS VASOMOTORES. REFIERE SIN EMBARGO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA VENAS VARICOSAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES CEAP C2. NO EDEMA NI ULCERA EN MIEMBROS INFERIORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	09:44	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
2025-08-27	09:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	