

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | YOMAIRA ROMINA | 24                  | 07  | 1987 | 38 años, 11 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312479213        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | PICHINCHA Y 7 DE AGOSTO y    | 098-416-1921 / (02)-510-6462 |
| 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                 | 1312479213      | AGUA FRIA                | 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  | 07  | 21  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE ESOFAGITIS, QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR AUMENTO PROGRESIVO DEL VOLUMEN EN MIEMBROS INFERIORES, DE PREDOMINIO BILATERAL Y SIMÉTRICO, COMPATIBLE CON TRASTORNO DEL TEJIDO ADIPOSO TIPO LIPEDEMA. REFIERE DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES, SENSACIÓN DE PESADEZ, HIPERSENSIBILIDAD AL TACTO Y MOLESTIAS QUE SE INTENSIFICAN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, SÍNTOMAS QUE EN OCASIONES LIMITAN LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEBIDO A LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL OCASIONADA POR EL DOLOR. ASOCIA PRESENCIA DE ARAÑAS VASCULARES Y CAMBIOS ESTÉTICOS EN LA SUPERFICIE CUTÁNEA COMPATIBLES CON LIPODISTROFIA GINECOIDE (CELULITIS ESTÉTICA). NIEGA FIEBRE, TRAUMATISMOS RECIENTES, HERIDAS, SECRECIÓN, ERITEMA PROGRESIVO O DATOS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN AGUDA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, EN CONDICIONES GENERALES ESTABLES. A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES SE OBSERVA AUMENTO BILATERAL Y SIMÉTRICO DEL VOLUMEN, CON PREDOMINIO EN TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, DE DISTRIBUCIÓN COMPATIBLE CON LIPEDEMA, ASOCIADO A EDEMA BILATERAL, DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA, CON HIPERSENSIBILIDAD LOCALIZADA. SE OBSERVA PRESENCIA DE MÚLTIPLES TELANGIECTASIAS (ARAÑAS VASCULARES) EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES Y ALTERACIÓN DEL RELIEVE CUTÁNEO CON ASPECTO DE PIEL DE NARANJA COMPATIBLE CON LIPODISTROFIA GINECOIDE. PIEL ÍNTEGRA, SIN ÚLCERAS, HERIDAS, EXUDADO, CAMBIOS DE COLORACIÓN SUGESTIVOS DE INFECCIÓN NI LESIONES CUTÁNEAS ACTIVAS. SIN SIGNOS CLÍNICOS EVIDENTES DE TROMBOSIS VENOSA, SIN CORDONES VENOSOS DOLOROSOS PALPABLES. PULSOS PERIFÉRICOS CONSERVADOS Y SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR ADECUADO, TEMPERATURA Y COLORACIÓN DISTAL CONSERVADAS. MOVILIDAD Y FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES PRESERVADAS, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL REFERIDA SECUNDARIA AL DOLOR. POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS, LA PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LA LIMITACIÓN FUNCIONAL OCASIONADA, SE REALIZA REFERENCIA A MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR PARA VALORACIÓN INTEGRAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-21 | 13:12 | Medicina Rural | GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA | 1312706136 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-21 | 13:12 | Medicina Rural | GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA | 1312706136 |       |