

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	MARIA ESPERANZA	26	07	1987	38 años, 10 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312491994	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS NARANJOS y	098-960-5378 /
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	1312491994	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	06	10
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 DE 38 AÑOS DE EDAD , SEXO MUJER , CON ANTECEDENTE DE TIROIDETIS DE HASHIMOTO Y NODULO TIROIDEO EN EL LADO IZQUIERDO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROX 50MG, APF: HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTIROIDISMO, APQ: CESAREA, APENDICECTOMIA, COLESCITECTOMIA, AA: NIEGA. REFIERE PRESENTAR DOLOR EN PIERNAS, PRESENTA TELANGIECTASIAS DE 2 AÑOS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, REFIERE MUCHO CANSANCIO, AUMENTO DE PESO, DEBILIDAD MUSCULAR, SOLICITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO CON CIRUGIA VASCULAR 0990993268

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELANGIECTASIAS EN EXTREMIDADES Y ZONA LUMBAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA	I780	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	10:25	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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 clínico

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
2026-06-10	10:25	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	