

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	BRAVO	LIGIA ELENA	02	01	1990	35 años, 11 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313325555	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	093-953-7644 /
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	1313325555	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	12	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

MUJER DE 35 AÑOS DE EDAD,CON APP DE VENAS VARICOSA EN MIEMBROS INFERIORES DE 16 AÑOS DE EVOLUCION POSTERIOR A PRIMER EMBARAZO APF NO REIFERE APQ; CESAREA SEGMENTARIA #3 SALPINGECTOMIA BILATERAL ALERGIAS NO REFIERE CON CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO QUEMANTE, DE ALTA INTENSIDAD (8/10) EN REGIÓN DE MIEMBROS INFERIORES SOBRE TODO EN ZONAS VARICOSAS, QUE SE EXACERBA AL MOMENTO DE DEAMBULAR Y DE BIPEDESTACION , ADEMAS SE ACOMPAÑAN DE PARESTESIA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES. AL EXAMENS FISICO MI CEAP 2 NIEGA USO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, REFIERE USO DE MEDIAS COMPRESIVAS ESPORADICAMENTE, AL MOMENTO NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA ESTABLE SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO CEAP 2 PLAN FARMACOLOGICO DIOSMINA 500MG VO QD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-10	15:04	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
2025-12-10	15:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	