

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BERMELLO	GLORIA CECIBEL	25	03	1989	37 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314569649	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	MANCHA GRANDE ARRIBA y	097-949-2390 / (00)-000-0000
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	1314569649	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4				
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	04	16
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 37 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA VARICES CON INFLAMACION EN MIEMBROS INFERIORES DESDE HACE 8 AÑOS PRESENTA DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES EN PANTORRILLAS PRESENTA HEMATOMAS ANTES GOLPES LEVES POR LO QUE SE DERIVA A CIRUGIA VASCULAR PARA CONTROL Y MANEJO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BV

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
2026-04-16	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	Dr. Edgardo Alay M.  MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

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
2026-04-16	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	