I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYNA	ZAMBRANO	DAMARIS VALERIA	10	10	2008	16 años, 10 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350571103	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	096-270-7469 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 digitos	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	1350571103	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Cardiovascular	2025	09	03
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, ACUDE POR SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN AMBAS PIERNAS, CON MAYOR PREDOMINIO DE PIERNA DERECHA. REFIERE QUE EL DOLOR SE ACOMPAÑA DE INFLAMACION VISIBLE DE LAS VENAS PROVOCANDO DIFICULTAD PARA CAMINAR CON NORMALIDAD Y ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Firmado electrónicamente por:
IRVING ISRAEL BUITRON NIETO
Validar únicamente con FirmaEC

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	I802	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-03	13:58	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	131326326	Maria Pierina Munoz Macias Time Stamping Security Data

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
2025-09-03	13:58	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	