

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUCHEZ	MENDOZA	BARBARA DE LAS MERCEDES	18	10	1963	62 años, 6 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1710702257	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA FLORESTA y ELIECER BRAVO	099-758-4003 /
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	1710702257	SANTA RITA	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	04	21
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 FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD, EN CONDICIÓN DE MOVILIDAD REDUCIDA (USUARIA DE SILLA DE RUEDAS), ACUDE ACOMPAÑADA DE FAMILIAR, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD Y AMLODIPINA 5 MG QD, DM2 EN MANEJO CON INSULINA (NO RECUERDA NOMBRE) Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE REQUIERE DIÁLISIS TRISEMANAL (L-M-M), ACUDE POR PRESENTAR CUADRO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EDEMA UNILATERAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO DE INSTALACIÓN PROGRESIVA, ASOCIADO A DOLOR LOCAL, SIN CAMBIOS EVIDENTES EN LA COLORACIÓN CUTÁNEA Y CON PULSOS PEDIOS CONSERVADOS, FAMILIAR REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS ACUDIÓ A HOSPITAL POR MISMO CUADRO, DONDE REALIZAN ECOGRAFÍA DE EXTREMIDAD AFECTADA CON HALLAZGOS APARENTEMENTE NORMALES Y LA ENVÍAN A CASA, SIN EMBARGO SINTOMATOLOGÍA PERSISTE SIN MEJORA CLÍNICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UNIDAD SIN DISPONIBILIDAD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, PACIENTE NO CUENTA CON RECURSOS ECONÓMICOS PARA REALIZARLOS DE FORMA PARTICULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO VENOSO , NO ESPECIFICADO	I879	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	11:03	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-21	11:03	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

