

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | LOOR             | MANUEL DIVINO | 15                  | 08  | 1950 | 75 años, 5 meses, 13 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303285629        | MANABI              | BOLIVAR | QUIROGA   | ENTRADA A CHORRILLO y        | 094-789-2488 /       |
| 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                 | 1303285629      | QUIROGA                  | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2026  | 01  | 28  |
| 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 CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE 5 AÑOS , PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG VO BID + CLORTALIDONA 25MG VO QD. EN CONTROL POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA POR EXTRASISTOLES VENTRICULARES Y AURICULARES , EN TRATAMIENTO ACTUAL CON ATORVASTATINA 20MG VO QD, ASA 100MG VO QD, ADEMAS DE HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50MCG VO QD, EN CONTROL Y SEGUIMIENTO POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA | I499   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-28 | 11:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-28 | 11:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |