

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FREILE	VELEZ	JORGE ISRAEL	17	05	1985	39 años, 10 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1719152140	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTANTONIO VENTRO POR LA POLICIA y	098-426-3613 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1719152140	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	03	31
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 APP DE PRESIONES ELEVADAS EN QUITO DESDE HACE UN MES DE HASTA 160/100 QUE MEJORA CON LOSARTAN 50 MG LUEGO DE 15 DIAS 140/86 SIN EMBARGO EN LA COSTA SIN MEDICACIÓN MANTIENE TENSIONES DE HASTA 110/70 Y 120/90, SIN APP CARDIOVASCULARES APF NO REFIERE. Glucosa 101.8 mg/dL 70 - 110 Urea 14.82 mg/dL 10 - 50 Creatinina 1.01 mg/dL 0.7 - 1.4 Colesterol 154.5 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 154.4 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 20.89 U/L 0 - 38 TGP/ALT 30.99 FILTRAGO GLOMERULAR DE 93.26, REFIERE DEPOSICIONES TIPO BRISTOL 6 POSTERIOR A INGESTA DE LOSARTAN, TAMBIEN REFIERE SINTOMATOLOGIA COMO PALPITACIONES Y CEFALEA OCCIPITAL POSTERIOR. 0984263613

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	I159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-03-31	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	