

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ROSADO           | MOREIRA          | ANGELA BENEDICTA | 25                  | 08  | 1937 | 88 años, 5 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301967079        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | VIA SAN ISIDRO y SESME 2     | 099-977-6360 /      |
| 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                 | 1301967079      | SESME                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2026  | 02  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 88 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PERSONAL PATOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LARGA DATA, EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON ZIAC 2,5 MG VO A LAS 21H00 (BISOPROLOL + HIDROCLOROTIAZIDA) Y CONVERTAL 50 MG VO A LAS 10H00 (LOSARTÁN), QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 2-3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DEBILIDAD GENERALIZADA PROGRESIVA, ASTENIA MARCADA Y FATIGA A PEQUEÑOS ESFUERZOS, CON DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. REFIERE CANSANCIO CONSTANTE Y MAYOR NECESIDAD DE REPOSO. NIEGA DOLOR TORÁCICO, DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA, ORTOPNEA, PALPITACIONES INTENSAS, SÍNCOPE, EDEMA MARCADO EN MIEMBROS INFERIORES, FIEBRE O SÍNTOMAS URINARIOS. AL CONTROL EN LA UNIDAD SE EVIDENCIA PRESIÓN ARTERIAL DE 150/70 MMHG, CON DIFERENCIAL AMPLIO, LO QUE SUGIERE POSIBLE DESCONTROL DE SU PATOLOGÍA DE BASE. RESTO DE SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS ACEPTABLES PARA LA EDAD. REFIERE QUE LA SEMANA PASADA FUE VALORADA POR MÉDICO PARTICULAR, QUIEN SOLICITÓ EXÁMENES DE LABORATORIO PARA DESCARTAR ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS ASOCIADAS AL CUADRO DE ASTENIA, OBTENIÉNDOSE BIOMETRÍA HEMÁTICA DENTRO DE RANGOS NORMALES SIN EVIDENCIA DE ANEMIA (HEMOGLOBINA 14.9 G/DL, LEUCOCITOS 6.0 X10<sup>3</sup>/UL, PLAQUETAS 216 X10<sup>3</sup>/UL), GLUCOSA 89.4 MG/DL, UREA 24.2 MG/DL Y CREATININA 0.81 MG/DL CON FUNCIÓN RENAL CONSERVADA, COLESTEROL TOTAL ELEVADO EN 234.8 MG/DL, TRIGLICÉRIDOS 110.7 MG/DL, PERFIL TIROIDEO CON TSH 4.05 UIU/ML, T4 7.55 UG/DL Y T3 1.60 NG/ML DENTRO DE RANGOS DE REFERENCIA DEL LABORATORIO, Y EXAMEN ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA SIN DATOS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN URINARIA, NO EVIDENCIÁNDOSE ALTERACIÓN ENDOCRINOLÓGICA O HEMATOLÓGICA QUE JUSTIFIQUE LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL. POR EDAD AVANZADA, ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, CIFRAS TENSIONALES NO ÓPTIMAS Y SINTOMATOLOGÍA DE DEBILIDAD PROGRESIVA, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, DESCARTE DE POSIBLE INSUFICIENCIA CARDÍACA INCIPIENTE, ARRITMIAS O NECESIDAD DE AJUSTE DEL ESQUEMA ANTIHIPERTENSIVO. SE TRAMITA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO SEGÚN HALLAZGOS. PACIENTE Y FAMILIAR INFORMADOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES DE LABORATORIO (07/02/2026): BIOMETRÍA HEMÁTICA CON WBC 6.0 X10<sup>3</sup>/μL, LINFOCITOS 1.9 X10<sup>3</sup>/μL (30.9%), MONOCITOS 0.3 X10<sup>3</sup>/μL (4.5%), GRANULOCITOS 3.8 X10<sup>3</sup>/μL (64.6%), RBC 5.11 X10<sup>6</sup>/μL, HEMOGLOBINA 14.9 G/DL, HEMATOCRITO 44.7%, MCV 88.3 FL, MCH 29.3 PG, MCHC 33.1 G/DL, RDW-CV 13.8%, PLAQUETAS 216 X10<sup>3</sup>/μL, MPV 11.4 FL; BIOQUÍMICA CON GLUCOSA 89.4 MG/DL, UREA 24.2 MG/DL, CREATININA 0.81 MG/DL, COLESTEROL TOTAL 234.8 MG/DL, TRIGLICÉRIDOS 110.7 MG/DL, ÁCIDO ÚRICO 3.6 MG/DL, TGO 27.3 U/L, TGP 20.6 U/L; PERFIL TIROIDEO CON T3 1.60 NG/ML, T4 7.55 μG/DL, TSH 4.05 μIU/ML; ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA CON COLOR AMARILLO PAJIZO, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIO, PH 5, DENSIDAD 1.025, LEUCOCITOS NEGATIVO, NITRITOS NEGATIVO, PROTEÍNAS NEGATIVO, GLUCOSA NEGATIVO, CUERPOS CETÓNICOS NEGATIVO, BILIRRUBINA NEGATIVO, UROBILINÓGENO NORMAL, SANGRE NEGATIVO, EN MICROSCOPIA LEUCOCITOS 2-4 X CAMPO, HEMATÍES 0-1 X CAMPO, PIOCITOS 1-2 X CAMPO, CÉLULAS EPITELIALES ESCASAS, BACTERIAS (+), FILAMENTO MUCOSO (+).

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF                                                                                   |
|-----------------------------------------|--------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA | I509   | X   |  |

Firmado electrónicamente por:  
ESTEFANIA ZORAYDA  
SAAVEDRA MOREIRA  
Validar únicamente con FirmaEC

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-20 | 08:34 | Medicina Rural | KEILY MISHIEL VILLAMIL ZAMBRANO | 1313408427 |  |

Firmado electrónicamente por:  
KEILY MISHIEL  
VILLAMIL ZAMBRANO  
Validar únicamente con FirmaEC

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-20 | 08:34 | Medicina Rural | KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO | 1313408427 |       |