

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CEDENO           | MERA             | BENITO ANTONIO | 15                  | 09  | 1963 | 62 años, 4 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306346386        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CORROÑOSO y                  | 098-765-4321 /       |
| 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                 | 1306346386      | SAN PEDRO DE ATASCOSO    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cardiología  | 2026  | 01  | 15  |
| 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 MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR PRECORDIAL LEVE DE INICIO INSIDIOSO, DE TIPO OPRESIVO, SIN IRRADIACIÓN CLARA, DE CORTA DURACIÓN, QUE NO SE ASOCIA A DISNEA INTENSA, SUDORACIÓN PROFUSA, NÁUSEAS NI PÉRDIDA DE CONCIENCIA. REFIERE ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROL, CON REGISTROS FRECUENTEMENTE ELEVADOS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE CONSTATA CIFRA TENSIONAL DE 174/120 MMHG. PACIENTE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO ACTUAL CON LOSARTÁN Y ENALAPRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CIFRAS TENSIONALES SEVERAMENTE ELEVADAS Y PERSISTENTES, DOCUMENTÁNDOSE PRESIÓN ARTERIAL DE 174/120 MMHG EN CONSULTA, A PESAR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON LOSARTÁN 100 MG/DÍA Y ENALAPRIL 5 MG/DÍA, LO QUE SUGIERE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROL. DOLOR PRECORDIAL LEVE DE TIPO OPRESIVO, SIN IRRADIACIÓN CLARA, DE APARICIÓN ESPONTÁNEA, EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVAS CULAR, LO QUE HACE NECESARIO DESCARTE DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico      | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------|--------|-----|-----|
| DOLOR PRECORDIAL | R072   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-01-15 | 18:01 | Medicina Rural | RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO | 1313445387 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-01-15 | 18:01 | Medicina Rural | RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO | 1313445387 |       |

