



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Convento	CS	1303402265								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Barberan	Cobeña	Francisco	Antonio	H	19-09-1954	70	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0997988568		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130353	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Cardiologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE ADULTO MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP:HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100MG CADA DIA - CLORTALIDONA 50MG CADA DIA CON ANTECEDENTES DE CA DEPIEL EN REMISION HACE 15 AÑOS PACIENTE AL MOMENTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO Y RIESGO PODOLOGICO BAJO CONPRESION ARTERIAL DE 135 /90 MG SE REALIZA REAJUSTE DE DOSIS SE AUMENTA CLORTALIDONA A 50MG Y LOSARTAN 100MGAMLODIPINO 10MG CADA DIA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO- ACTIVO-REACTIVO- ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS- TÓRAX:SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO- A LA PALPACIÓN NO MEGALIA- A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS- NO HAY EDEMA. MUCOSAS- HIDRATADA. SE REALIZA PROMOCIÓN DE SALUD. SE RECOMIENDA LIMITAR EL CONS UMO DE DULCES Y PRODUCTOS DE PASTELERÍA. CONS UMIR AGUA SEGURA A DIARIO. LAVADO CORRECTO DE MANOS ANTES DE COMER. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO CAMINAR 30 MINUTOS DIARIO. EVITAR EL CONSUMO DE TABACOS. EVITAR EL CONS UMO DE GASEOSAS. HIGIENE BUCAL Y ASEO PERSONAL DIARIO. DORMIR AL MENOS 8 HORAS DIARIO. ACUDIR POR LO MENOS 2 VECES POR AÑO AL ODONTÓLOGO FOMENTAR EL CONS UMO DE AGUA HERVIDA - DOS LITROS AL DÍA. ORIENTAR A DIS MINUIR EL CONS UMO DE SAL Y AZÚCAR. EVITAR LA GESTA DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA Y CARBOHIDRATOS. EDUCAR LA INGESTA DE PROTEÍNAS- LEGUMBRES- FRUTAS Y VEGETALES EN PORCIONES ADECUADAS. PLAN SE MEDICACION REGISTRADA Y SE INDICA REGRESAR A NUEVO CONTROL DE PRESION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Hipertension Esencial (Primaria)		I10X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-15	12:46	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO			

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	