



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	Hospital General Napoleon Davila Cordova	HG	1301967079								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Rosado	Moreira	Angela	Benedicta	M	25-08-1937	88	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-977-6360		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	130356	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	Cardiología

C. 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 50MG VO A LAS 10H00 (LOSARTÁN)- QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 2?3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO PORDEBILIDAD GENERALIZADA PROGRESIVA- ASTENIA MARCADA Y FATIGA A PEQUEÑOS ESFUERZOS- CON DISMINUCIÓN DE LATOLERANCIA A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. REFIERE CANSANCIO CONSTANTE Y MAYOR NECESIDAD DE REPOSO. NIEGADOLOR TORÁCICO- DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA- ORTOPNEA- PALPITACIONES INTENSAS- SÍNCOPE- EDEMA MARCADO ENMIEMBROS INFERIORES- FIEBRE O SÍNTOMAS URINARIOS. AL CONTROL EN LA UNIDAD SE EVIDENCIA PRESIÓN ARTERIAL DE 150/70MMHG- 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 ALCUADRO DE ASTENIA- OBTENIÉNDOSE BIOMETRÍA HEMÁTICA DENTRO DE RANGOS NORMALES SIN EVIDENCIA DE ANEMIA(HEMOGLOBINA 14.9 G/DL- LEUCOCITOS 6.0 X10³/UL- PLAQUETAS 216 X10³/UL)- GLUCOSA 89.4 MG/DL- UREA 24.2 MG/DL YCREATININA 0.81 MG/DL CON FUNCIÓN RENAL CONSERVADA- COLESTEROL TOTAL ELEVADO EN 234.8 MG/DL- TRIGLICÉRIDOS 110.7MG/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 DELLABORATORIO- Y EXAMEN ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA SIN DATOS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN URINARIA- NOEVIDENCIÁNDOSE ALTERACIÓN ENDOCRINOLÓGICA O HEMATOLÓGICA QUE JUSTIFIQUE LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL. POR EDADAVANZADA- ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA- CIFRAS TENSIONALES NO ÓPTIMAS Y SINTOMATOLOGÍA DEDEBILIDAD PROGRESIVA- SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL- DESCARTE DEPOSIBLE INSUFICIENCIA CARDÍACA INCIPIENTE- ARRITMIAS O NECESIDAD DE AJUSTE DEL ESQUEMA ANTIHIPERTENSIVO. SE TRAMITAREFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO SEGÚN HALLAZGOS. PACIENTE Y FAMILIAR INFORMADOSO SOBRE SIGNOS DE ALARMA Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXÁMENES DE LABORATORIO (07/02/2026): BIOMETRÍA HEMÁTICA CON WBC 6.0 X10³/?L- LINFOCITOS 1.9 X10³/?L (30.9%)-MONOCITOS 0.3 X10³/?L (4.5%)- GRANULOCITOS 3.8 X10³/?L (64.6%)- RBC 5.11 X106/?L- HEMOGLOBINA 14.9 G/DL- HEMATOCRITO44.7%- MCV 88.3 FL- MCH 29.3 PG- MCHC 33.1 G/DL- RDW-CV 13.8%- PLAQUETAS 216 X10³/?L- MPV 11.4 FL; BIOQUÍMICA CONGLUCOSA 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 ?G/DL- TSH 4.05 ?IU/ML;ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA CON COLOR AMARILLO PAJIZO- ASPECTO LIGERAMENTE TURBIO- PH 5- DENSIDAD 1.025-LEUCOCITOS NEGATIVO- NITRITOS NEGATIVO- PROTEINAS NEGATIVO- GLUCOSA NEGATIVO- CUERPOS CETÓNICOS NEGATIVO-BILIRRUBINA NEGATIVO- UROBILINÓGENO NORMAL- SANGRE NEGATIVO- EN MICROSCOPIA LEUCOCITOS 2?4 X CAMPO- HEMATÍES 0?1 XCAMPO- PIOCITOS 1?2 X CAMPO- CÉLULAS EPITELIALES ESCASAS- BACTERIAS (+)- FILAMENTO MUCOSO (+).

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Cardíaca No Especificada	I509	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-27	09:50	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313408427				

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1306152768	

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Santa Rita	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Con App De Hta- No Alergia A Medicamentos-1 Cesarea- Consulta Por Dolor Osteoarticular De Larga Data Sin Inflamacion Sin Limitacion Funcional. Refeire Haber Estado En Tto Con Bifosfonato Mensual Por Vo Durante 3 Años. Trae Rx De Col Toaracolumbar Que Muestra Cifoescoliosis Marcada- Pinzamiento Desde T6 A T9- Con Osteofitos Gruesos. Al Ex Físico Completa Rangos- No Se Evidencia Deformidades Ni Tumefaccion Articular- Crepitos Gruesos De Hombros Y Rodillas. Se Solicita Ex Y Rx. Se Inicia Colchicina Vo- Insaponificables Vo. Coxib X 10 Dias

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada	M150		X	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	
1308809787				