

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTA	TOAPANTA	ADELA DEL CARMEN	24	10	1973	52 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0501970750	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	Z y Z	000-000-0000 /
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	0501970750	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	11	25
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 ACUDE POR PRESENTAR ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL , AL MOMENTO REFIERE CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD HACE 1 SEMANA DE EVOLUCION QUE SE ACOMPAÑA CON DOLOR PRECORDIAL DE LE INTENSIDAD , AL MOMENTO PRESENTA HIPOACUSIA DEL LADO DERECHO HACE 2 AÑOS DE EVOLUCION, AL EXAMEN FISICO FASCIES PALIDAS, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS , RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS Y RITMICOS , SOLICITA VALORACION DE ESPECIALISTA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZO EXAMENES COMPLEMENTARIOS .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	08:01	Medicina General	NINFA JAZMIN VELEZ MOREIRA	1312399544	

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
2025-11-25	08:01	Medicina General	NINFA JAZMIN VELEZ MOREIRA	1312399544	



Firmado electrónicamente por:
NINFA JAZMIN VELEZ MOREIRA
Validar únicamente con FirmaEC