

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA	VILLAVICENCIO	MARIA DEL CARMEN	09	11	1975	50 años, 1 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0916790751	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GENERAL SERRANO y SIXTO DURAN BALEN	099-859-8960 / (08)-568-6153
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	0916790751	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	12	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ESTENOSIS MITRAL EN EL AÑO 2008 SE REALIZA ANULOPLASTIA. MENCIONA QUE PRESENTA ASTENIA Y CEFALEA DE TIPO PULSATIL DE MAS MENOS 8 MESES DE EVOLUCION. SE REQUIERE VALORACION DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HB 11.9G/DL, HTO: 35.8%, PLQ: 269.000, GL B: 6.700, GRAN%: 58.6, LYMPH%: 31.5, GLUCOSA: 85MG/dL, UREA: 26 MG/dL, CREATININA: 0.60 U/L, COLESTEROL: 200MG/dL, TRIGLICERIDOS: 82, HDL: 56, LDL: 127, ACIDO URICO: 3.6MG/dL, TGO: 16, TGP: 14, EMO NORMAL, ASTO NEGATIVO. EKG : RITMO SINUSAL, FRECUENCIA Y EJES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MITRAL NO REUMATICO, NO ESPECIFICADO		I349		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-23	11:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2025-12-23	11:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	