

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TOMALA	MARCILLO	CARLA VANESSA	19	06	1978	46 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0917709560	MANABI	CHONE	SANTA RITA	REIMUNDO AVEIGA y	098-847-1045 / (99)-999-9999
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	0917709560	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	02	03
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 DE 46 AÑOS DE EDAD, APP: MIGRAÑA + HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA CON AMLODIPINO DE 5 MG DIARIA. DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO, IRRADIADO A BRAZO, ANTEBRAZO Y DEDO DEL MISMO LADO, CON LEVE DIFICULTAD DE MOVIMIENTO DE 2 MESES DE EVOLUCION. ADEMÁS REFIERE QUE TOMABA ENALAPRIL DE 10 MG PERO SUSPENDIÓ LA MEDICACIÓN HACE 7 MESES YA QUE SENTÍA QUE LE CAUSABAN CEFALEA INTENSIDAD MODERADA QUE LE ALIVIABA CON ANALGÉSICOS INYECTABLE + OXIGENOTERAPIA. REFIERE PERDER CITA CON CARDIOLOGIA, AL MOMENTO NORMOTENSA, CEFALEA HOLOCRANEANA INTENSIDAD LEVE, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	13:42	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-02-03	13:42	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	