

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARROYO	TENORIO	ANA ROCIO	02	03	1973	51 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0918483694	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUERTO ARTURO y	097-911-4901 /
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	0918483694	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	02	27
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 51 AÑOS, APP: HTA CON TTO LOSARTAN 50 MG QD, DM CON TTO INSULINA 30 UI AM Y 20 PM, APF: HTA (MAMA). ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA DE HACE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN, TAMBIEN REFIERE ORTOPNEA, REFIERE DISNEA DE MODERADA INTENSIDAD (GRADO II), PACIENTE REFIERE ACUDIR A EMERGENCIA A HOSPITAL HACE 3 DÍAS, POR CEFALEA INTENSA RECIBIÓ TTO Y FUE DADA DE ALTA EL MISMO DÍA. REFIERE GLUCOSA ALTA AL INGRESO EN EL HOSPITAL DE GLUCOSA 450. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES Y VARICES, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO, REFIERE LEVE CEFALEA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO DE TELEFONO: 09979114901 // 0991066851

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	09:56	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-02-27	09:56	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	