

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MUÑOZ	GUSTAVO PIER	18	06	2009	16 años, 5 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0950248096	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	30 DE MARZO y SN	098-598-9324 /
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	0950248096	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	11	28
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

☐

EVALUACION HIPERTENSIVA Y RIESGO CARDIOVAS CULAR

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS , ACUDE AL CENTRO DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU MADRE. REFIERE CIFRAS ELEVADAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN CONTROLES RECIENTES. ANTECEDENTES DE POLIQUISTOSIS RENAL BILATERAL DESDE EL NACIMIENTO. PRESENTA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ACTUALMENTE EN SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES. SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 10 MG, MEDICAMENTO QUE UTILIZA DESDE HACE MÁS DE 4 AÑOS . SEGÚN INDICA LA MADRE, EL NEFRÓLOGO TRATANTE AÑADIÓ RECIENTEMENTE EMPAGLIFLOZINA (JARDIANCE) 10 MG A SU MANEJO HABITUAL. CELULAR 0968361646

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION SECUNDARIA A OTROS TRASTORNOS RENALES	I151	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	08:42	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-11-28	08:42	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

