

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MENDOZA          | QUIJIJE          | GENITH MARGARITA | 28                  | 04  | 1945 | 80 años, 6 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300401815        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BENITO SANTOS y MERCEDES     | 099-593-0640 /       |
| 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                 | 1300401815      | 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  | 10  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DISNEA DESDE HACE ALGUNOS MESES ACOMPAÑADO DE ASTENIA Y LIPOTIMIA - EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES - CRISIS HIPERTENSIVAS OCASIONALES - CANSANCIO - HIPERTENSA CONTROLADA EN ESA UNIDAD OPERATIVA- TAMBIEN PRESENTA DOLOR PRECORDIAL OCASIONAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DISNEA DESDE HACE ALGUNOS MESES ACOMPAÑADO DE ASTENIA Y LIPOTIMIA - EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES - CRISIS HIPERTENSIVAS OCASIONALES - CANSANCIO - HIPERTENSA CONTROLADA EN ESA UNIDAD OPERATIVA- TAMBIEN PRESENTA DOLOR PRECORDIAL OCASIONAL- HICIERON CATETERISMO HACE ALGUNOS AÑOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA) | I110   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-11-10 | 12:20 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   | <br>Firmado electrónicamente por:<br>MARIO FABIAN CERCADO PLUAS<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2025-11-10 | 12:20 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |