

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARAGUNDI	BARBERAN	DALIA YOLANDA	15	01	1947	78 años, 6 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300599915	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MARGARITA y	095-895-5204 /
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	1300599915	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	08	14
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 FEMENINO DE 78 AÑOS DE EDAD. APP: HIPERTENSION ARTERIAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HACE 18 AÑOS), AA: NO REFIERE. APQX: HISTERECTOMIA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, DOLOR EN AREA NASAL, ODINOFAGIA. AL INTERROGATORIO MENCIONA QUE EL DIA DE AYER SUFRIO SINCOPE, SENSACION DE TAQUICARDIA, NO ACUDIO A EMERGENCIAS, NIEGA CEFALEA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0995514549-0958955204

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I119		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	09:14	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-08-14	09:14	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	