

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| OCAMPO           | MOREIRA          | EDILMA GENITH | 28                  | 02  | 1947 | 77 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        | 1300934609        | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | AGUA BLANCA y                | 000-000-0000 / (00)-000-0000 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1300934609      | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cardiología  | 2024  | 10  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADULTA MAYOR CON ANTECEDENTES DE HTA ARTERIAL MEDICADA CON CONVERTAL 50 MG PERO NO CONTROLADA. DURABTE TOMA DE SIGNOS VITALES PACIENTE PRESENTA TENSION ARTERIAL DE 185/101 SIN EMBARGO PACIENTE SE REFIERE ASINTOMATICA. SE INICIA TERAPIA DIURETICA CON FUROSEMIDA 20MG Y REPOSO EN CAMILLAD E OBSERVACION. SE INICIA BUSQUEDA DE FAMILIAIRES YA QUE PACIENTE SE PRESENTA SOLA EN LA UNIDAD. DURANTE SU PERIODO DE OBSERVACION PRESENTO LAS SIGUIENTES PRESIONES * 190/105*198/115*188/108*185/106 PACIENTE NO PRESENTA MEJORIA DE LOS VALORES DE PRESION ARTERIAL HASTA DEPSUES DE 1:30 MINUTOS CON PA 162/92 PACINETE ES DERIVADA A DOMICILIO CON CONTROL DE TA A LAS 15:00 DONDE PRESENTA PRESION ARTERIAL 145/95. SE REALIZA VALORACION FISICA DE PACINETE SIN NOVEDADES Y SE REAJUSTA MEDICACION SE AÑADE CLORTALIDONA 25 MG Y SE PROGRMA CONTROL EN 24 HORAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| XX |
|----|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-15 | 22:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-15 | 22:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |

