

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	HIDROVO	PEDRO SERVANDO	22	02	1947	79 años, 3 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300994603	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA A GUARUMAL y VIA A LA PIÑUELA	098-777-1799 /
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	1300994603	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	2026	05	22
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 MASCULINO DE 79 AÑOS DE EDAD, CON APP HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TTO CON: CARVEDILOL DE 25MG) , HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA EN SEGUIMIENTO CON UROLOGIA, AQX DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL HACE 5 AÑOS . PACIENTE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA QUIEN REFIERE QUE HA ESTADO CON DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO, ACTIVO Y REACTIVO EN EL MOEMENTO DE LA CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PRESENCIA DE INJERTOS E IMPLANTES CARDIOVASCULARES NO ESPECIFICADOS	Z959		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	13:23	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO

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
2026-05-22	13:23	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	