

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	CARMEN	DOLORES MONSERRATE	14	07	1943	82 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301217327	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	099-443-3489 /
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	1301217327	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	08	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

APP: GONATROSIS BILATERAL PROTESIS EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA, INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTROL CON CARDIOLOGIA (JULIO 26 FREVISION DE ECOCARDIOGRAMA CON RESULTADOS APARENTE NORMAL, INDICA FAMILIAR) ADULTA MAYOR CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES QUE DEJA FOVEA ++, DEAMBULA CON AYUDA DE BASTON DE UNA SOLA PUNTA POR SU PATOLOGIA DE ARTROSIS IZQUIERDA GRADO IV. AL MOMENTO FAMILIAR NO TRE REPORTE DE ESTUDIOS DE ECOCARDIOGRAMA. PLAN FARMACOLOGICO: LOSARTAN 50 MG 8 AM. ASS 100 MG 1 PM, CARVEDILOL 6,25 MG 6 PM, SIMVASTATINA 40 MG 8 PM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOCARDIOGRAMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-22	13:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-22	13:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	