

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRANJA	MONTALVAN	ROSA MAGDALENA	14	06	1944	80 años, 8 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301248108	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE y ALEJO LASCANO	099-565-6517 / (99)-999-9999
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	1301248108	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	02	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 FEMENINA DE 80 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTIROIDISMO, ARTRITIS REUMATOIDE SEROPositiva, OSTEOTROSIS SECUNDARIA, CATARATA BILATERAL, COLELITIAIS BILIAR, GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL, HERNIA UMBILICAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ADULTA MAYOR CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES QUE LLEVA SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGIA POR HIPERTENSION ARTERIAL DE DIFÍCIL MANEJO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-14	09:14	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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