

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	CEDEÑO	RAMON ABDON	28	06	1932	93 años, 5 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301395909	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA BOYACA y ELOY ALFARO	095-952-3762 /
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	1301395909	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	12	15
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 DE 93 AÑOS MEDICADO CON LOSARTAN 100 MG + CLORTALIDONA 50 MG DESDE LA CONSUTLA PASADA VISTA POR MEDICINA GENERAL MUESTRA CIERTOS PICOS DE 170 SOBRE 65, AL MOMENTO DE LA CONSULTA CON PAS 160 Y 180 POSTERIOR A REPOSO 30 MINUTOS Y BAJO MEDIDAS ADECUADAS, SE INSISTE EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO VIGILADO A LA HORA DE LA TOMA DE LA MEDICINA, SE REALIZA EELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL LLAMA LA ATENCIÓN PR DE 0.28 MSG, POR LO CUAL SE DERIVA A CARDIOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO EKG Y LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS	I443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	12:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-12-15	12:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	