

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARQUEZ	QUIROZ	FRANCISCO GUALBERTO	07	10	1950	75 años, 7 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301565139	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	9 DE OCTUBRE Y MALANBO y 9 DE OCTUBRE Y MALANBO	093-971-2276 /
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	1301565139	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNAL INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	05	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutoria	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE DISCAPACIDAD FÍSICA 77% SECUNDARIO A INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL POR HTA + INSUFICIENCIA CARDIACA CON TTO CON LOSARTAN 50mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 10mg UNA TABLETA AL DIA, CARVEDILOL 6.25mh UNA TABLETA 9am-9pm, DM TIPO I CON TTO CON INSULINA NPH 10 UI AM - 8 UI PM., DIÁLISIS TRISEMANALES LUNES-MIERCOLES Y VIERNES, RIESGO CV A 10 AÑOS: 15% (ALTO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 23 (MUY ALTO). SE ENVIÁ A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TA: 144/60mmHg, FC: 64 LPM, SAT O: 99%

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	09:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-07	09:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

