

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	PIN	EDITA YOLANDA	18	05	1951	75 años, 2 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301565261	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	999-999-9999 /
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	1301565261	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	29
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 CON MAREOS,ASTENIA, DESDE HACE 2 MESES DE EVOLUCIÓN TRAE EXAMEN DE LABORATORIO EL CUAL INDICA GLUCOS EN AYUNA Glucosa 104.5 mg/dL 70 - 110 Método: Fotometría Automatizada Hemoglobina Glicosilada HbA1c 6.1 % 4.5 - 5.8 Método: Turbidimetría Automatica Urea 39.48 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.80 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 2.74 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 206.2 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 110.6 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 28.03 U/L 0 - 31 TGP/ALT 29.72. SE ENVIA GLUCOSA POSTCARGA 75 GR 2H ADEMÁS LLAMA LA ATENCIÓN PRESIÓN ARTERIAL EN BRZO DERECHO Y EN BRAZO IZQUIERDO DE HASTA 30 MMHG DE DIFERENCIA. EKG SIN ALTERACIÓN DE RITMO O AUMENTO DE CAVIDADES. INFORMA QUE HA TENIDO LA PRESIÓN ARTERIAL ASÍ DURANTE VARIOS AÑOS, TOMÓ LOSARTAN HTC POSTERIORMENTE NO HA TOMADO MEDICINA. TRAE AMPA BD 129/70 BI 95/66 EN LA MAÑANA. EN PROMEDIO. 0991403998 (MA LEONOR MARCILLO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATEROSCLEROSIS DE OTRAS ARTERIAS	I708		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	13:42	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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	13:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	