

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANDER	CEVALLOS	ARGEMIRO VICENTE	05	07	1944	81 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301569644	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAIDISTAS y	093-942-2439 /
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	1301569644	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	2026	01	19
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

CEFALEA LEVE DESDE HACE ALGUNOS DIAS - RUBOR EN LA CARA DESDE HACE MAS O MENOS 20 DIAS - INSUFICIENTE RENAL DESDE 4 AÑOS MAS O MENOS ACOMPAÑADO DE FIEBRE ALTA - ESCALOS FRIOS - ODINOFAGIA - AMIGDALAS HIPERHEMICAS - CRISIS HIPERTENSIVAS A REPETICION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA LEVE DESDE HACE ALGUNOS DIAS - RUBOR EN LA CARA DESDE HACE MAS O MENOS 20 DIAS - INSUFICIENTE RENAL DESDE 4 AÑOS MAS O MENOS ACOMPAÑADO DE FIEBRE ALTA - ESCALOS FRIOS - ODINOFAGIA - AMIGDALAS HIPERHEMICAS - CRISIS HIPERTENSIVAS A REPETICION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	11:29	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN
CERCADO PLUAS
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-19	11:29	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	