

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CEVALLOS	RICARDO MISAE	12	06	1953	72 años, 11 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301876098	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LAS GUAYJAS y	000-000-0000 / (00)-000-0000
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	1301876098	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	05	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA TRATADA CON LOSARTAN 100 MG VO QD Y AMLODIPINO 10 MG. MENCIONA QUE ANTES TOMABA Y TIENE VARIOS MESES SIN TRATAMIENTO, EL DÍA DE HOY ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA CONTROL MÉDICO GENERAL Y RETIRO DE MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES DE BASE. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE LIPOTIMIAS A REPETICIÓN, EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES. CON TRAZADO ANORMAL DE EKG, 0982759256-0959293539.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE PRIMER GRADO	I440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	09:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-05-20	09:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	