

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MOREIRA	RUBEN ARTEMIO	10	06	1954	70 años, 8 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301935712	MANABI	CHONE	RICAUARTE	MALECON y	099-883-8212 /
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	1301935712	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	02	11
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

ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTES DE HTA E IAM CON CIRUGIA CARDIACA HACE 12 AÑOS CON ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS DE ATORVASTATINA 20 ASPIRINA 81 CONCOR AM 5.5 CADA DIA. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE PAROXIMADAMNTE 4 DIAS DE VOLUCION ACOMPAÑADO POR MAREAOS DE GRAN INTENSIDAD QUE IMPOSIBILITAN LA MARCHA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y PERDIDA DEL EQUILIBRIO. INDICA QUE ACUDIO A MEDICOS PARTICULARES DONDE LE REALIZAN EKG Y ECOCARDIOGRAMA PEOR NO INCICAN RESULTADOS. ADEMAS DE QUE LE COLOCARON SUEROS DE VITAMINAS SIN ESPECIFICAR MEDICAMENTOS. AL MOMENTO PACINETE INDICA QUE LA SINTOMATOLOGIA HA CEDIDO CON TRATAMIENTO SIN EMBARGO SOLICITA CONTROL CARDIOLOGICO DEBIDO A SUS ANTECEDENTES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	08:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-02-11	08:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

