

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	GARCIA	ANGEL HUMBERTO	06	10	1953	72 años, 9 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302291867	MANABI	CHONE	CONVENTO	RUCHA y	095-861-5839 /
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	1302291867	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	13
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 ADULTO MAYOR DE 72 CON ANTECEDENTE DE EVENTO CEREBROVASCULAR (ECV),HACE 5 AÑOS APP HTA MAL CONTROLADA NO TOMA MEDCACION ACUDE A CONTROL MÉDICO POR SECUELAS NEUROLÓGICAS. REFIERE PERSISTENCIA DE DEBILIDAD EN EXTREMIDADES DERECHAS, PREDOMINANDO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO (HEMIPARESIA CRURAL DERECHA), CON LIMITACIÓN PARA LA MARCHA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. NIEGA CEFALEA INTENSA, PÉRDIDA DE CONCIENCIA, CRISIS CONVULSIVAS O NUEVOS DÉFICITS NEUROLÓGICOS. EXAMEN FÍSICO: • SIGNOS VITALES ESTABLES. PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. NEUROLÓGICO: HEMIPARESIA CRURAL DERECHA, FUERZA MUSCULAR 3/5 EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, SENSIBILIDAD CONSERVADA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES. MARCHA LIMITADA, REQUIERE APOYO PARA DEAMBULACIÓN. SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA AGUDA. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON PRESION NO CONTROLADA PESE A MEDICACION AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	10:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-13	10:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

