

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAVARRIA	GILCE	EUGENIO DECIDERIO	01	08	1953	72 años, 8 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302351299	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	VIA FACUNDO BELLA UNION y SN	099-165-7883 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302351299	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	04	23
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 DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN, PARA LA CUAL LEVA TRATAMIENTO ENALAPRIL DE 20 MG, Y AMLODIPINA 10MG PACIENTE REFIERE DISNEA POCA EN REPOSO, PERO MAS AGUDA CUANDO REALIZA ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD MINIMA COMO CAMINAR, PACIENTE REFIERE QUE EN LA CAMINATA PARA EN VARIAS OCASIONES PARA PODER TOMAR BOCANADAS DE AIRE, REFIERE TOS OCASIONAL SOBRE TODO EN HORAS DE LA TARDE NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COLESTEROL: GLUCOSA BASAL 90 COLESTEROL 203 LDL COLESTEROL 131 TRIGLICERIDOS 71 UREA 49 CREATININA 1,4 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX TORAX AP Y LAT CARDIOMEGALIA AORTA DILATADA Y CALCIFICADA BRONQUIOS PULMONARES RADIOPACOS EN HILIOS HEMATOCRITO: HCTO 37 HB 12.4 PLAQUETAS 255

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I119	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	10:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-04-23	10:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	