

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| FALCONES         |                  | CHAVEZ SOLANDA | 06                  | 04  | 1955 | 70 años, 11 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302558729        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | XXXX y MORRO                 | 099-510-5462 /       |
| 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                 | 1302558729      | SAN BARTOLO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2026  | 04  | 01  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MUJER DE 70 AÑOS CON APP DE ARTRITIS REUMATOIDES CON HIPERTENSION ARTERIAL MAS TORACOTOMIA CON MASAJE CARDIACO + REPLAZO DE VALVULA AORTA CON BYPASS CARDIOPULMONAR POR PROTESIS BIOLOGICA EPIC PLUS + INSERCIÓN DE UN ELECTRODO EPICARDICOS + COLOCACION DE TUBO MEDIASTINICO ANTERIOR Y PLEURAL DERECHO HACE 2 AÑOS, TRATAMIENTO CON BISOPROLOL 1.25 MG, OLMESARTAN /AMLODIPINO 40/5 MG VO QD AM SIMVASTATINA 20 MG CADA VO QD PM. ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJA REFIERE CUADRO DE PRURITO GENERALIZADA SIN CAUSA ESPECIFICA TAMBIEN REFIERE CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DE DOLOR ARTICULAR CON PREDOMINIO EN MIEMBROS INFERIORES AL EXAMEN FISICO MIEMBRO INFERIOR DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION DE RODILLAS BIALTERAL SIGNOS VITALES TA 113/62MMHG NIEGA SIGNO DE VASOESPASMO HOY ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABORATORIOS BHC SIN ALTERACION QUIMICA TRIGLICERIDOS 501MG/DL COLESTEROL 157MG/DL ENZIMAS HEPATICAS SIN ALTERACION

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNOS DE LAS VALVULAS AORTICA Y TRICUSPIDE | I082   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-01 | 09:01 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-01 | 09:01 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |