

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CENTENO	JOSE MALAQUIAS	14	10	1954	71 años, 6 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302927551	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-466-8204 /
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	1302927551	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	04	20
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 71 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTESNION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU PAREJA, REFIERE QUE HACE 29 DIAS PRESENTÓ ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUEDANDO CON SECUELA DE TRASTORNO DE LENGUAJE (DISARTRIA, DISLALIA), ADEMAS PRESENTA LEVE HIPERESTESIA EN HEMICARA IZQUIERDA, PALPITACIONES, ACOMPAÑADO DE DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS, SE EXACERBA CON LA ABVD (SUBIR GRADAS). ADEMAS REFIERE QUE FUE ATENDIDO POR CARDIOLOGO PARTICULAR, Y LE PRESCRIBIERON CIERTAS MEDICINAS PARA LA HIPERTENSION Y MANIFIESTA QUE SON COSTOSOS SE AGENDA EKG, NECESITA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG: PENDIENTE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-20	22:35	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-20	22:35	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	