

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	XXXXX	JOSE SILVINO	23	09	1950	75 años, 8 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302939481	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA WALTON GARCIA y SN	098-766-3296 /
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	1302939481	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	03
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 MASCULINO ADULTO MAYOR 75 AÑOS DE EDAD, APP: HTA CRONICA, APQX: CATARATAS BILATERAL. ACUDE PARA CONTROL DE SU ECNT Y AGENDAMIENTO CITA CONTROL EN SEGUNDO NIVEL. AL MOMENTO ASINTOMATICO, NO REFIERE DESCOMPENSACIONES AGUDAS RECIENTES. SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO, PERSONA,HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, COLABORA AL INTERROGATORIO. AL EXAAMEN FISICO SIN HALLAZGOS RELEVANTES EN EXPLORACION CARDIOPULMONAR. SE ENTREGA MEDICACION PARA SU CONTROL ECNT: CLORTALIDONA 25 MG QD #30 , AMLODIPINO 10 MG QD Y LOSARTAN 100 MG QD NO SE ENTREGAN POR FALTA DE STOCK EN UNIDAD OPERATIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	11:11	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-03	11:11	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	