

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACAY	VERA	TEOFILO ALAMIRO	03	12	1957	67 años, 8 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302957293	MANABI	CHONE	CANUTO	LINEA FERREA y X	093-941-1848 /
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	1302957293	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	08	04
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 DE 67 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MAS MENOS 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR AUMENTOS DE LA PRESION ARTERIAL A PESAR DE TOMAR LA MEDICACION INDICADA POR ESPECIALISTA (DIAPRESAN 80/12.5MG) EL PACIENTE INDICA QUE QUE PRESENTA PALPITACIONES OCASIONALES . A LA CONSULTA PRESENTA UNA PRESION ARTERIAL DE 149/92 INDICANDO QUE SI TOMO EL MEDICAMENTO EN LA MAÑANA ADEMÁS DE HABERSE REALIZADO UN TAMIZAJE DE PRESIÓN ARTERIAL POR UNA SEMANA PRESENTADO VALORES ELEVADOS EN TODAS LAS TOMAS. SE REFIERE A ESPECIALIDAD PARA VALORACION Y CORRESPONDIENTE TRATAMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PA: 149/92 PULSO 95 PULMONES: CLAROS Y VENTILADOS CORAZON: RUIDOS RITMICOS Y SIN PRESENCIA DE RUIDOS SOBREAÑADIDOS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	10:31	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-08-04	10:31	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

