

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	JOSE ANTONIO	04	04	1955	69 años, 11 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303222978	MANABI	CHONE	RICAURTE	NUEVO BACHILLERO y	098-607-9153 /
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	1303222978	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	03	21
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

ADULTO MAYOR QUE NO REFIERE APP INDICA QUE HACE 2 MESES PRESENTO CUADRI CLINICO CARACTERIZADO POR PERDIDA DE CONCIENCIA SUBITA. PACINETE ATENDIDO EN SANTA ELENE LE DETENTAN INSUFICIENCIA AORTICA MOTIVO POR EL CUAL FUE ATENDIDO POR CARDIOLOGO PARTICULAR. PACINETE ACTUALMETE CON TTO DE LOSARTAN 50 MD CADA DIA ASA 100 MG CADA DIA Y SIMBASTATINAT 40 MG CADA DIA. PACINETE AMERITA CONTROL CARDIOLOGICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOCARDIOGRAMACARDIOPATIA VALCCULAR NO DILATADA CON FEVI CONSERVADA, INSUFICIENCIA AORTICA MODERADA DE ETIOLOGIA DEGENERATIVA Y POR DILATACION DE LA RAIZAORTICA. DISFUNCION DIASTOLICA GRADDO I.. FUNCION DIASTOLICA DEL VENTRICULO DERECHO CONSERVADAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE LAS VALVULAS MITRAL Y AORTICA		I080		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-03-21	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	