

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	ZAMBRANO	FELIPE NOLBERTO	06	07	1960	64 años, 8 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303761587	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LA FLORESTA y	096-729-4323
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	1303761587	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2025	03	13	
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

USUARIO CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 4 A 5 MESES PRESENTA FATIGA FÁCIL (DISNEA??) EN SITUACIONES PROPIAS DEL TRABAJO (JORNALERO) ADEMAS MENCIONA EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES QUE DEJA FÓVEA, REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE EN EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024 PRESENTA DOLOR DE GRAN INTENSIDAD DE ZONA PRECORDIAL SIN EMBARGO REFIERE QUE NO ACUDE A LA ATENCIÓN MÉDICA, ACTUALMENTE REFIERE QUE PERSISTE DISNEA, TOS NOCTURNA SIN FLEMA SOPORTA EL DECUBITO DORSAL POR LO QUE NECESITA REPOSAR EN POSICIÓN DE ORTOPNEA, AL MOMENTO LEVE EDEMA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO AÚN

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	14:04	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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