

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| VALDEZ           | MERA             | FRANCISCO ALBERTO | 17                  | 11  | 1959 | 65 años, 11 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                         | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-----------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303828139        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | FRANK VARGAS PASO y AGUSTIN GILER | 099-005-6907 /      |
| 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                 | 1303828139      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cardiología  | 2025  | 11  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS CON APP DE HTA NO CONTROLADA. TRATADO CON LOSARTAN 100 MG. + CLORTALIDONA 12.5 MG + AMLODIPINO 10 MG. (PACIENTE QUE NO TOMA MEDICACION SEGUN INDICADA). REFIERE SENCION DE AHOGO, EPIGASTRALGIA, TENSION ARTERIAL ELEVADA. NO SE EVIDENCIA EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UREA: 37.5 HELICOBACTER PYLORY EN SNGRE: POSITIVO.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-11 | 13:46 | Medicina Rural | LISBETH CAROLINA CAICEDO ZAMBRANO | 1314708700 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-11 | 13:46 | Medicina Rural | LISBETH CAROLINA CAICEDO ZAMBRANO | 1314708700 |       |