

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELASQUEZ        | MOREIRA          | CRUZ ROSSANA | 03                  | 05  | 1959 | 67 años, 2 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303947350        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CDLA SAN FRANCISCO y SN      | 099-363-3909 /       |
| 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                 | 1303947350      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2026  | 07  | 28  |
| 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 FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS, EN TRATAMIENTO ACTUAL CON LOSARTÁN 50 MG VÍA ORAL UNA VEZ AL DÍA. REFIERE QUE INICIALMENTE RECIBIÓ LOSARTÁN 50 MG; SIN EMBARGO, DEBIDO A CONTROL INADECUADO DE LAS CIFRAS TENSIONALES SE AJUSTÓ LA DOSIS A 100 MG. POSTERIORMENTE, TRAS VALORACIÓN MÉDICA Y REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA, SE DECIDIÓ REDUCIR NUEVAMENTE LA DOSIS A LOSARTÁN 50 MG, MANTENIENDO DICHO TRATAMIENTO HASTA LA ACTUALIDAD. NIEGA ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS Y ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE MAREOS DE APARICIÓN REPENTINA, CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA, SENSACIÓN DE DECAIMIENTO Y DEBILIDAD GENERALIZADA, SÍNTOMAS QUE INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |
|--|
|  |
|--|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------|--------|-----|-----|
| MAREO Y DESVANECIMIENTO | R42X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-28 | 08:19 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-28 | 08:19 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

