

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA		OCTAVIO ASUNCION	20	11	1944	80 años, 1 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304196924	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	098-452-2696 /
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	1304196924	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Cardiología	2025	01 07
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 clinico

HOMBRE 80 AÑOS CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL, ARRITMIA CARDIACA SECUNDARIA A INFARTO DE MIOCARDIO CON PRESENCIA DE MARCAPASO, EPILEPSIA CONCILIACION DE MEDICAMENTOS: LEVETIRACETAM 500 MG VO QD - LOSARTAN 100 MG VO QD - ASA 100 MG VO QD - DAPAGLIFOCINA 10 MG VO QD - CARVEDILOL 12.5 MG VO QD - ATORVASTATINA 40 MG VO QD - KOBIL EMS (VITAMINA E + GINGKOBILOBA + MINERALES). ACUDE A LA CONSULTA APARENTEMENTE ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, ANTROPOMETRIA NORMAL, A LA VALORACION FISICA CICATRIZ CORNEAL EN OJO IZQUIERDO POR TRAUMA ANTIGUO, EDENTULO PARCIAL, SE VISUALIZA DISPOSITIVO SUBDERMICO EN REGION INFRACLAVICULAR IZQUIERDA, SE AUSCULTAN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON SOPLO SISTOLICO EN FOCO AORTICO. RESTO SIN PATOLOGIA APARENTE. AL MOMENTO NORMOTENSO SIN SIGNO DE VASOESPASMO ASINTOMATICO ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTENOSIS AORTICA REUMATICA CON INSUFICIENCIA	I062	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-07	15:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-01-07	15:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

