

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	GARCIA	SANTA CLARA	12	08	1938	87 años, 7 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304474875	MANABI	CHONE	CONVENTO	COLON y REYMUNDO AVEIGA	098-520-6183 /
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	1304474875	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	04	08
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

PACIENTE ADULTA MAYOR DE 87 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: EPOC HIPERTENSION ARTERIAL , AL MOMENTO CON CUADRO CLINICO DE 1DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS BRADICARDIA NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL BAJOS ACOMPAÑADO DE VÉRTIGO PARESTESIA DE MIEMBROS INFERIORES AMERITA VALORACIÓN POR SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

P/A 104/90 FC 50 FR 20 EXTREMIDADES INFERIORES EDEMA ++ AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	13:48	MEDICO RURAL	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	 Firmado electrónicamente por: ANDRADE BARREIRO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-08	13:48	MEDICO RURAL	ZAMBRANO CEDEÑO OSCAR JESUS	1314709211	