

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	CUSME	ROSA INES	04	09	1960	65 años, 0 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304550351	MANABI	CHONE	RICAUARTE	EUGENIO ESPEJO y	098-821-5034 /
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	1304550351	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	10	03
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 DE 65 AÑOS APP HTA. REFIERE PALPITACIONES Y SENSACIÓN DE AHOGO EXCLUSIVAMENTE CUANDO SE ENCUENTRA ACOSTADO, SIN DOLOR TORÁCICO, SÍNCOPE, FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL, PACIENTE LÚCIDO Y ORIENTADO, EN BUEN ESTADO GENERAL, CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS, FONDO DE OJO NORMAL, CAMPOS PULMONARES LIBRES SIN CREPITANTES NI SIBILANCIAS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS NORMOFONÉTICOS, ABDOMEN PLANO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES ÍNTEGRAS CON FUERZA Y TONO CONSERVADOS, SIN EDEMAS NI DEFORMIDADES, PIEL Y FANERAS NORMALES, NEUROLÓGICO SIN DÉFICITS MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS SIMÉTRICOS, PRUEBAS CEREBELOSAS NORMALES. SE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLETA Y ESTUDIOS CORRESPONDIENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	10:56	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-03	10:56	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

