

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	RIVAS	ESTELA ASUNCION	08	06	1942	83 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304550542	MANABI	CHONE	RICAURTE	7 DE AGOSTO y MERCEDES	099-435-1812 /
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	1304550542	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	02	18
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 FEMENINA DE 83 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON SACUBITRILLO DE VALSARTÁN 150 MG AL DÍA + DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DAPAGLIFOZINA 10 MG QD + OBESIDAD + TVP EN TRATAMIENTO CON ANTICUAGULACIÓN + ICC + EPOC + DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 47% ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE SUS ENFERMEDADES DE BASE. AL MOMENTO SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE Y EN APARENTE NORMALIDAD RESPECTO A SU CONDICIÓN. NO REFIERE ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIONES RECIENTES, SIN EMBARGO, SÍ MENCIONA DESCOMPENSACIÓN DE CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR. DURANTE LA ANAMNESIS SU FAMILIAR COMUNICA QUE SE MANTENÍA EN CONTROLES POR EL SERVICIO DE GERIATRÍA EN EL HOSPITAL DE CHONE, POR LO QUE SOLICITA RENOVACIÓN DE SU REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	14:46	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-18	14:46	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

