

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SABANDO	VICENTE AMADO	13	09	1958	66 años, 5 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304798026	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MUNICIPAL y	096-718-2618 /
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	1304798026	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	03	11
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

APP DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG + CLORTALIDONA 25 MG CADA DIA, PACIENTE CON DX DE HIPERTROFIA VENTRICULAR . ECOCARDIOGRAMA 13/12/2024 QUE REPORTA: FUNCION SISTOLICA DEL VI CONSERVADA, PROLAPSO DE LA VALVULA POSTERIOR MITRAL SEVERO + INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA. PACIENTE HASTA LA ACTUALIDAD NIEGA SINTOMAS CARDIACOS, NIEGA SINTOMAS NEUROLOGICOS. EXAMEN FISICO: RSCS: ARRITMICOS SOPLO EN FOCO MITRAL., EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOCARDIOGRAMA 13/12/2024 QUE REPORTA: FUNCION SISTOLICA DEL VI CONSERVADA, PROLAPSO DE LA VALVULA POSTERIOR MITRAL SEVERO + INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) MITRAL	I340		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	23:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-03-11	23:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	