

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	ANGELA BETSY	28	10	1963	62 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304877283	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BAY PASS y EUGENIO ESPEJO	096-426-5401 /
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	1304877283	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	28
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 FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD *** APP: HTA (ENALAPRIL 20 MG) + DM II (INDICA QUE LE DIERON EL ALTA - METFORMINA 500 MG) *** APF: MAMA (HTA) FAMILIARES (DM II) *** APQ: CESAREA #1 ***AA: NR ____ ACUDE A ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DE ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE, REFIERE QUE EN EL HOSPITAL LE DIERON EL ALTA POR LA DIABETES POR SUS VALORES BAJOS DE GLICEMIA QUE BAJARON CON MEJORIA DE HABITOS ALIMENTICIOS POR LO QUE ENDOCRINOLOGO DA EL ALTA SIN PRESCRIPCION DE HIPOGLUCEMIANTE ORAL. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. **** SE REALIZA TOMA DE GLICEMIA EN CONSULTA CON VALOR DE 177 MG/DL DE GLUCOSA Y HB GLICOSILADA DE 7.8%

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION ANUAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	14:46	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-28	14:46	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

