

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SAAVEDRA	PAULA ALFREDINA	02	03	1964	61 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304909573	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y SD	097-943-9666 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304909573	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	10	20
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

F 61 AÑOS. APP: HTA (EXFORGE AMLODIPINO 10 MG/ VALSARTÁN 160/ HCT 12.5 MG VO QD) + ARTROSIS (DOLO CURAFLEX GLUCOSAMINA 1500/MELOXICAM 15 MG VO) + EPOC SECUNDARIO A TABAQUISMO PASIVO MÁS COCINA CON LEÑA (SALBUTAMOL 2 PUFF C12H) + HIPOTIROIDISMO (SIN MEDICACIÓN). APF: HTA (MADRE FALLECIDA). APQX: SALPINGUECTOMIA. AA: NR. ACUDE POR CONTROL DE ECNT.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAPA Y AMPA QUE EVIDENCIA HTA NO CONTROLADA, AL TENER TRIPLE TERAPIA SE DECIDE REFERENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA	I509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	10:47	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-10-20	10:47	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	