

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| RODRIGUEZ        | VERA             | DIOSNEY FILAMIR | 29                  | 04  | 1960 | 64 años, 7 meses, 4 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304969874        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE 14 DE AGOSTO           | 0992639895           |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1304969874      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cardiología  | 2024  | 12  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                       |                                     |                      |                          |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad    | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifiqu     | <input type="checkbox"/> |
| Falta de              | <input type="checkbox"/>            |                      |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD + AMLODIPINO 10 MG QD, DIABETES MELLITUS TIPO II EN TRATAMIENTO CON GLIBENCLAMIDA + METFORMINA 500 MG BID, ALERGIA NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA POR CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL. SE ENVIO A REALIZAR AMPA CON RESULTADOS: JUEVES 9:00 AM 150/91, JUEVES 10:00 PM 155/89, VIERNES 9:00 154/90, VIERNES 10:00 PM 150/89, SABADO 10:00 PM 151/81, DOMINGO 10:00 PM 131/78, LUNES 9:00 141/90, LUNES 10:00 PM 153/89, MARTES 8:00 AM 131/81, MARTES 9:40 AM 135/101. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ACTIVO REACTIVO ORIENTADO EN 3 ESFERAS CABEZA NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATIAS NARIZ PERMEABLE OROFARINGE NO ERITEMATOSA, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS NO PRESENTA EDEMA. PACIENTE QUE HA RECIBIDO TERAPIA DOBLE CON ANTIHIPERTENSIVOS CON RESULTADOS DE TENSION ARTERIAL NO FAVORABLES DEL ESQUEMA, SE MODIFICA TRATAMIENTO A TRIPLETERAPIA AÑADIENDO HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG. SE ENVIA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA AMPA DESDE EL DIA JUEVES 28 DE NOVIEMBRE JUEVES 9:00 AM 150/91, JUEVES 10:00 PM 155/89, VIERNES 9:00 154/90, VIERNES 10:00 PM 150/89, SABADO 10:00 PM 151/81, DOMINGO 10:00 PM 131/78, LUNES 9:00 141/90, LUNES 10:00 PM 153/89, MARTES 8:00 AM 131/81, MARTES 9:40 AM 135/101

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                       |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-12-03 | 10:03 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |  Firmado electrónicamente por:<br><b>MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO</b> |

III. CONTRAREFERENCIA      REFERENCIA INVERSA



Firmado electrónicamente por:  
**WILMER XAVIER LOOR LOOR**

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-03 | 10:03 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |