

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ANDRADE	MANUEL ROSENDO	17	03	1960	65 años, 4 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305153254	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIDA NUEVA y	098-304-4665 / (00)-000-0000
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	1305153254	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	08	01
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 MASCULINO DE 65 AÑOS,APP: HTA EN TTO CON LOSARTAN 50 MG ACUDE A CONSULTA POR CONTROL, SE EVIDENCIA CREATININA BAJA EN EXÁMENES RECIENTES. DURANTE LA VALORACIÓN, PRESENTA CIFRAS TENSIONALES POR DEBAJO DE LO NORMAL ACOMPAÑADO DE MAREOS INTENSOS. SE ENCUENTRA ORIENTADO, CON ADECUADA RESPUESTA NEUROLÓGICA. SE EXPLICA AL PACIENTE LA IMPORTANCIA DE DETERMINAR LA CAUSA DE LA HIPOTENSIÓN Y LA CREATININA BAJA, CONSIDERANDO POSIBLE RELACIÓN CON ESTADO HEMODINÁMICO O CONDICIONES CARDIOVASCULARES SUBYACENTES. SE DECIDE REFERIR A CARDIOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y COMPLEMENTAR CON ESTUDIOS PERTINENTES. SE INDICAN MEDIDAS GENERALES DE AUTOCUIDADO, ALIMENTACION ADECUADA, CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO Y SEGUIMIENTO CLÍNICO./ FG : 35.01

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOTENSION MARCADA EN PACIENTE HIPERTENSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPTENSION, NO ESPECIFICADA	I959		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	19:42	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-08-01	19:42	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

