

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	PARRAGA	ROBINZON LEONEL	26	04	1966	59 años, 11 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305199703	MANABI	JUNIN	JUNIN	CERCA AL DISPENSARIO IESS CAMPESINO VIA A TOSAGUA y	096-909-8202 / (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	1305199703	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	04	22
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 clinico

PACIENTE MASCULINO DE 59 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN EN TABLETAS 100 MG TOMA UNA AL DIA CLORTALIDONA EN TABLETA DE 25 MG TOMA UNA AL DIA, BISOPROLOL UNA AL DIA, ACIDO ACETILSALICILICO EN TABLETAS DE 100 MG TOMA UNA AL DIA, ATORVAS TATINA EN TABÑETAS DE 40 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA. REFIERE QUE PRESENTO UN INFARTO EN EL AÑO 2015 A PARTIR DE ALLI LE COLOCARON 4 STEN. REFIERE HABER TENIDO SEGUIMIENTO CON CARDIOLOGIA EN CHONE, Y DEBE RETORNAR A CONSULTA AL AÑO POR LO CUAL SOLICITA SEA REFERIDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG SE EVIDENCIA SUPRADES NIVELES DE SEGMENTOS ST, DEFORMIDAD Y MICROVOLTAJE DE COMPLEJOS QRS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS	I443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	14:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-04-22	14:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

