

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CASTRO           | SOLORZANO        | GLORIA MARIA TERESA | 05                  | 03  | 1964 | 60 años, 11 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305227611        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | VIA A LAS PIEDRAS y          | 098-541-6263 /       |
| 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                 | 1305227611      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2025  | 02  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA, APP: HTA (LOSARTAN 100 MG), DM2 (METFORMINA 850MG), QD; CON CUADRO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISNEA DE ESFUERZO (NYHA III), ORTOPNEA, DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, REFIERE SENTIR MAREOS, CANSANDIO Y DOLORES DE CABEZA CONSTANTE, SE REALIZA REFERENCIA CON CARDIOLOGIA PARA CONTINUAR CON CONTROL CON CARDIOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA LA PRESENCIA DE EDEMA CON FOVEA (++) EN MIEMBROS INFERIORES. A LA AUSCULTACIÓN CARDÍACA SE ADVIERTE TERCER RUIDO AUDIBLE, PREDOMINANTE EN APEX CARDIACO; NO SOPLOS, NO FREMITO. CAMPOS PULMONARES: VENTILADOS, SIN RALES AGREGADOS.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA | I509   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL               | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-18 | 13:41 | Medicina Rural | DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO | 1310838980 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-18 | 13:41 | Medicina Rural | DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO | 1310838980 |       |