

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | SALDARRIAGA      | DOLORES PITINA | 26                  | 03  | 1953 | 73 años, 2 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305245225        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL VERGEL y                  | 096-303-5450 /       |
| 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                 | 1305245225      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2026  | 06  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTENSION EN TRATAMIENTO CON TEROVAN (SACUBITRILLO + VASALTAR), DM2 EN TRATAMIENTO CON FANTER (DAPAGLIFOZINA Y CARVIL DE 25 MG), INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO + INSUFICIENCIA CARDIACA HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS, APQ:CATETERISMO HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS, APENDICECTOMIA E HISTERECTOMIA DEBIDO A DESCENSO,APF: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU NUERA PARA SOLICITAR REFERENCIA, REFIERE QUE ESTUVO LLEVANDO CONTROLES CON CARDIOLOGÍA, PERO ÚLTIMO CONTROL FUE HACE 1 AÑO, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MAREOS, Y EN OCASIONES VÓMITOS, REFIERE ADEMÁS DOLOR LUMBAR, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ESTABLE, PULSACIÓN CAROTÍDEO AUMENTADA A LA INSPECCION, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE IAM + INSUFICIENCIA CARDIACA CUYO ÚLTIMO CONTROL FUE HACE UN AÑO, PACIENTE REFIRE MAREO, VOMITOS EN OCASIONES, REFIERE QUE POR TAL MOTIVO ACUDE A HOSPITAL DONDE REALIZAR EXAMENES CON RESULTADOS NORMALES Y SOLICITAN REFERENCIA PARA CARDIOLOGIA POR ANTECEDENTES YA DES CRITOS.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-06-16 | 08:43 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-06-16 | 08:43 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

