

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEDEÑO	RAMON ADALBERTO	23	05	1941	85 años, 1 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305294009	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y RAYMUNDO AVEIGA	098-242-4115 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305294009	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	07	21
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 ADULTO MAYOR, QUE ACUDE SIEMPRE SOLO A CONSULTA HOY ACUDE CON FAMILIAR (HERMANA) . LA CUAL MENCIONA QUE NO SE HA ESTADO TOMANDO LA PASTILLA DE LA PRESION ARTERIAL ESPIRONOLACTONA, AL MOMENTO DE LA CITA ACTIVO AFEBRIL COLABORA CON EL INTERROGATORIO E INSPECCIÓN, ESTABA CON TRATAMIENTO DE ESPIRONOLACTONA 25MG, + ATENOLOL 100 MG ADEMÁS DE METFORMINA DE 500 MG POR DIABETES TIPO 2 . SE TOMAN SIGNOS VITALES Y PRESIÓN SE ENCUENTRA SUBIDA, Y ASI HA PASADO EN MULTIPLES OCASIONES USUARIO INDICA QUE PORQUE VIENE CAMINANDO PERO EN ESTA OCASION ACUDIO EN VEHICULO, Y CON ACOMPAÑANTE E IGUAL PRESION ARTERIAL POR ENCIMA DE 162/98 MG/HG.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ALTERACION EN PRESION ARTERIAL PACIENTE NO COLABORA EN TOMAR MEDICACION DIURETICA. TOMA ESPIRONOLACTONA 25 MG, ATENOLOL 100 MG CARVEDILOL 6.25 MG METFORMINA 500 MG

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	12:01	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-07-21	12:01	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

