

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         |                  | EDITA TRINIDAD | 13                  | 06  | 1964 | 60 años, 8 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305606921        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | CABELLO y                    | 098-191-9683 /      |
| 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                 | 1305606921      | SAN BARTOLO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2025  | 02  | 17  |
| 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

MUJER DE 60 AÑOS DE EDAD CON APP DE OBESIDAD, TIPO 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSION CON MAL APEGO AL FARMACO Y ALTO RIESGO CARDIOVACULAR ACUDE A CONSULTA POR CONTROL, EN COMPAÑIA DE HIJA POR CAUDROS DE ELEVACION DE TENSION ARTERIAL DE LARGA DATA SIN SIGNO DE VASOESPASMO, NIEGA CEFALEA ESCOTOMAS, NI ACUFENOS AL MOMENTO CON TENSION ARTERIAL BRAZO DERECHO 183/94MMHG BRAZO IZQUIERDO 159/86MMHG, HOY ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS, CON PRESIONES ARTERIALES ELEVADAS, SIN SIGNO DE VASOESPASMO NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABORATORIOS BHC SIN ALTERACION, QUIMICA GLUCOSA 153MG/DL HBA1C 6,34% CREATININA 1,38 TFG 43ML/MIN/1.73.M2 TRIGLICERIDOS 307MG/DL EMO BACTERIAS + + + RESTO DE PARACLINICOS SIN ALTERACION CON MAPA 7 DIAS CON CIFRAS ENCASILLADAS CON HTA GRADO 2 TRATAMIENTO ACTUAL LOSARTAN 100 MG VO QD AMLODIPINO 10 MG VO QD PM CLORTALIDONA 50 MG VO QD SE TITULA METFORMINA 1000MG VO BID AAS 100 MG VO QD 4. GEMFIBROZILO 600MG VO HS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA | I159   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-17 | 09:04 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-17 | 09:04 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

