

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	SABANDO	CARMEN LILIAN	15	06	1957	68 años, 3 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305631929	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	096-780-4055 /
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	1305631929	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	10	14
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 FEMINA, CON ANTECEDENTES DE ARTROSIS GENERALIZADA POR LO CUAL OBTIENE DISCAPACIDAD FISICA DEL 37%, HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 28 AÑOS, PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG QD MAS AMLODIPINO DE 10MG QD, VALOR DE PRESION ACTUAL 155/94, PRESENTA EDEMA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, NO HA RECIBIDO ATENCION CARDIOLOGICA HACE MAS DE UN AÑO, ADEMAS DE DIABETES MELLITUS HACE 21 AÑOS PARA LO CUAL SE APLICA INSULINA 36 UI AM Y 14 UI PM, JARDIANCE (EMPAGLIFOZINA 25MG VO QD), PRESENTA ADEMAS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, ADEMAS DE CONSTIPACION QUE DURA POR UNA SEMANA ALTERNADA CON DIARREAS QUE DURAN HASTA POR 10 DIAS, NO SE HA REALIZADO COLONOSCOPIA. EN ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS 06/2025 VALOR DE UREA: 53, CREATININA: 1.09, CURSA CON ANEMIA CRONICA. SE LE REALIZA ORIENTACION NUTRICIONAL,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA RENAL	I129		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-14	10:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-14	10:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	