

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	CHAVEZ	MARISOL DEL PILAR	12	02	1968	56 años, 6 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305763623	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y	096-714-3629 /
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	1305763623	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2024	09	04
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 FEMENINO DE 56 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL 47% ADEMAS DE HISTORIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 10 AÑOS Y CONTROLADA CON LOSARTÁN 100 MG QD, ACIDO ACETILSALICILICO 100 QD, ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD PORQUE AL ACUDIR AL HOSPITAL PRESENTA 190 /100 DE PRESION, AL MOMENTO LA PRESIÓN ESTA EN 120 / 80. ,ACUDE PARA QUE SE LE REFERENCIA A ESPECIALISTA. TIENE PREFERENCIA POR LOS CARBOHIDRATOS. EN CONSULTA NO PRESENTA EDEMAS. RARA VEZ REALIZADA ACTIVIDAD FÍSICA. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ELLA TOMA POCA AGUA. ECOGRAFIA DEMUESTRA ESTEATOSIS HEPATICA ii. ELLA PRESENTA DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POR REALIZAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-04	09:43	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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

