

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTES	MEJIA	EDILMA TERESA	01	10	1966	59 años, 1 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	1306947340	MANABI	CHONE	BOYACA	ACACIO ANDRADE y	000-000-0000 /
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	1306947340	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	11	24
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 59 AÑOS DE EDAD, APP ACV HACE 4 AÑOS A CONSECUENCIA DE EMERGENCIA HIPERTENSIVA, MIOMA UTERINO EN CONTROL POR SOLCA DESDE HACE 2 AÑOS, HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50 MG HACE 4 AÑOS. ACUDE POR MANIFESTAR CUADRO CLINICO DE ASTENIA, CEFALEA ESPORADICA, EN OCASIONES DISNEA DE MODERADO ESFUERZO. SE AUSCULTA FOCOS CARDIACOS CON TAQUICARDIA NOTABLE, FOCOS PULMONARES SIN LATERACIONE. FASCIES TRANQUILAS. SE REALIZA REFERNCIA PARA CARDIOLOGIA PARA VALORACION Y POSTERIOR SEGUIMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0982972740

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I119		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	18:27	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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 clínico

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
2025-11-24	18:27	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	