

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ALCIVAR	ZOILA MAGDALENA	05	05	1974	51 años, 10 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307089530	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	MARIA CONCHITA JUPITER y ENTRADA LOS CH	098-142-4897 /
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	1307089530	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	03	30
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 clinico

PCT DE 51 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 1 AÑO EN TRATAMIENTO CON METOPROLOL 100MG CAA DIA, MAS DOLOR PRECORDIAL DE MAS O MENOS 7 DIAS DE EVOLUCION, SOPLO CARDIACO, NO ALERGIAS CONOCIDAS, AQX COLECISTECTOMIA HACE 5 AÑOS, LIGADIRA DE TROMPA DE FALOPIO, NO ALCOHOL, NO CIGARRILLO, AMA DE CASA, NO ASEGURADA, VIDA SEDENTARIA, AL MOMENTO INGRESA CON DOLOR EN HEMITORX IZQUEIRDO, DISNEA GRADO 3, AL EXAMEN FISICO DOLOR A LA PALPACION PRODUNDA EN HEMITORAX IZQUIERDO, MAS PRESENCIA DE SOPLO CARDIACO GRADO 3 EN FOCO AORTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG FC 58 LPM, EJE 30º, NO BLOQUEO AV, NO BLOQUEO DE RAMA, NO ISQUEMIA, HIPERTROFIA DE VENTRICULO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-30	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	

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
2026-03-30	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	