

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	CUSME	MARISELLY FRANCISCA	04	10	1971	53 años, 10 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307982874	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SUCRE y COLON	095-919-9606 /
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	1307982874	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	08	26
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 FEMENINA DE 53 AÑOS CON HIPOTENSION CRONICA CON CIFRAS AL MOMENTO DE 80/50 MMHG REFIERE CEFALEA ESPORADICA - SENSACION DE FALTA DE AIRE - MAREOS - LEVE PALIDEZ GENERALIZADA - PALPITACION Y DISTENSION VENOSA YUGULAR IZQUIERDA UNILATERAL (ESPORADICA) AL MOMETO PRESENTA DOLOR Y EDEMA LEVE EN CUELLO PARTE IZQUIERDA - SU ESTADO DE CONCIENCIA ORIENTADA ALERTA - SE ENVIA AMPA - SE HACE REFERENCIA A CARDIOLOGIA - SE ENVIA A EMERGENCIA PARA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOENSION IDIOPATICA	I950	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-26	11:11	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES

Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-26	11:11	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	