

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VERA             | BARRE            | EDITA MERCEDES | 15                  | 09  | 1977 | 47 años, 4 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308270204        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | S y                          | 099-999-9999 /      |
| 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                 | 1308270204      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2025  | 01  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                          |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada           | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | RX TORAX: AUMENTO DE LA SILUETA CARDIACA |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD. APP: HIPERTENSION ARTERIAL (HACE 7 AÑOS) TRATADA CON LOSARTAN 100 MG UNA VEZ AL DIA. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS SECA, DOLOR TORACIDO Y ASTENIA. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA Y ORIENTADA QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE TORAX (14/01/2025): AGRANDAMIENTO DE LA SILUETA CARDIACA. INDICE CARDIOTORACICO 1.01

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| CARDIO MEGALIA | I517   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-16 | 08:58 | Medicina Rural | VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJIJE | 1313436931 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-16 | 08:58 | Medicina Rural | VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJIJE | 1313436931 |       |

