

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MERA             | ZAMBRANO         | ANGELA RAMONA | 05                  | 09  | 1975 | 50 años, 8 meses, 10 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308579653        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | LA GALLINAZA y               | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1308579653      | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  | 2026  | 05  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente en TSR desde 2018 tipo HD Por nefroangioesclerosis por HTA. Anurica, Realiza terapias de hemodialisis 3 veces por semana por cateter A-V, con medicación carvedilol 12.5mg dia, amlodipino 10 mg dia, mg dia, valsartan 80mg am y 160mg pm. Menciona que amerita referencia para seguimiento por cardiología. al momento paciente orientada consiente, aparentemente estable, ekg con signos de hipertrofia ventricular izq. teléfono 0990684563-0939373368

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA | I159   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-05-15 | 09:35 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-05-15 | 09:35 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |