

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LUCAS	VICENTA IRAIZA	13	06	1974	52 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308592193	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	ELBA GONZALES y	097-879-3544 /
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	1308592193	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	07	22
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

PACIENTE CON APP DE OBESIDAD, HTA CON TTO CON LOSARTÁN 100 mg UNA TABLETA AL DIA Y CARVEDILOL 12.5 mg UNA TABLETA AL DÍA, REFIERE CEFALEA OCCIPITAL A REPETICIÓN ACOMPAÑADO DE PARESTESIA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 5% (MODERADO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 19 (MUY ALTO). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y/O DESCARTAR PATOLOGÍAS ORGÁNICAS.. ** 0978793544 - 0962560177 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, EJE CARDÍACO NORMAL, NO ARRITMIAS, NO IMPRESIONA HIPERTROFIA DE CAVIDADES AURICULARES NI VENTRICULARES, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, IMPRESIONA RSR' EN V1. AL EXAMEN FISICO: RCR DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO IMPRESIONA SOPLOS. FC: 83 LPM, TA: 165/94 mmHg.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA CONDUCCION	I458	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	14:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-22	14:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

