

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	MEDY BETTY	18	01	1952	74 años, 4 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308872975	MANABI	CHONE	CONVENTO	GUMERCINDO CEDEÑO y GUMERCINDO CEDEÑO	099-334-7640 /
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	1308872975	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	03
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 ADULTA MAYOR CON APP HTA TOMA LOSARTAN 50MG CADA DIA EN CONTROL PERIÓDICO. REFIERE DOLOR TORAXICO DE INTENSIDAD MODERADA , NO SÍNCOPE O PALPITACIONES . PRESENTA DISNEA DE ESFUERZO LEVE HABITUAL, SIN EMPEORAMIENTO RECIENTE. NO REFIERE ORTOPNEA NI DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA. DIURESIS CONSERVADA. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. PRESIÓN ARTERIAL DENTRO DE PARÁMETROS ACEPTABLES. FRECUENCIA CARDÍACA REGULAR. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN HALLAZGOS AGUDOS. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SIN ESTERTORES. EXTREMIDADES SIN EDEMA O CON EDEMA LEVE CONTROLADO. SATURACIÓN DE OXÍGENO ADECUADA. ANÁLISIS: INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA COMPENSADA, SIN EVIDENCIA DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DOLOR PRECORDIAL AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I119		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	16:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-06-03	16:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

