

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	INTRIAGO	HITLER VICENTE	23	08	1977	47 años, 2 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309001756	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE SANTA ELENA y	096-323-3092 / (00)-000-0000
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	1309001756	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2024	10	31
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 MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD. CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE 10 AÑOS EN MANEJO ACTUAL CON ATENOLOL 100 MG, CLORTALIDONA 50 MG Y LOSARTAN 100 MG. ADEMÁS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 HACE 10 AÑOS EN TRATAMIENTO ACTUAL CON METFORMINA 1000 MG E INSULINA 50 UI AM 45 UI PM. OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL POR 20 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR HINCHAZON. DURANTE EL INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO DESTACAN SIGNOS DE SOBRECARGA DE LIQUIDOS INCLUYENDO: EDEMA DEPRESIBLE Y PALPABLE FOVEA +++, ASCITIS ABDOMINAL, ORTOPNEA + DISNEA DE ESFUERZO, CREPITANTES BILATERALES DE PREDOMINIO BASAL, AUMENTO DE PESO. A LA AUSCULTACION RUIDOS CARDIACOS LIGERAMENTE HIPOFONETICOS. ONDA ASCITICA POSITIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN AGENDAMIENTO EN PRESTADORES. PACIENTE NIEGA POSIBILIDAD DE REALIZAR EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DE MANERA PARTICULAR POR DESEMPLEO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-31	11:16	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-10-31	11:16	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

