

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	VELEZ	ESPERANZA ELISA	16	02	1977	48 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309043485	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIN NOMBRE y LIBERTAD	098-361-3113 /
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	1309043485	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2025	02	20	
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 con app de hipertensión arterial no adherida al tratamiento quien se realizo electrocardiograma por motivo de persistencia y renuencia de presión arterial elevado. presenta ampa realizada en un mes de los cuales se destaca picos en fechas: 12/02/2025 al 14 de febrero ciclos a las 19h30 pm 135/95-140/95 ///// indicamos que hace dos años fue diagnosticada por hipertension arterial pero paciente indica que esta medicación cardiologica fue suspendida y desde hace un mes padece de dolores recurrentes de cabeza asociada a fotopsias y acufenos. se indica que presenta EKG de ritmo sinusal normal pero se requiere mapeo con holter y prueba de esfuerzo adicional para ampliar investigación diagnostica, se realiza referencia a servicio de cardiologia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

no

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-20	16:12	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	13095020	 Firmado electrónicamente por: JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ

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
2025-02-20	16:12	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

