

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	IBARRA	JOSE JAVIER	23	11	1978	46 años, 10 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309045357	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA FLORESTA y	099-760-5296 /
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	1309045357	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	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 clínico

MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD ACUDE APP HTA (TELMISARTAN 80 + AMLODIPINO DE 20) + LUXACION DE CADERA + CONVULSIONES POR MEDICACION CARDIOLOGICA ANTERIOR + APF NR AQX COLECISTECTOMIA + APENDICECTOMIA, ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A CARDIOLOGIA PACIENTE LLEVA CONTROLES EN EL HOSPITAL NAPOLEON POR SU EFCNT Y SUS ANTECEDENTES DE CONVULSIONES, LE SOLICITARON REFERENCIA PARA SEGUIR CON SUS CITAS, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE PRESION ARTERIAL NORMALIZADA, REFIERE NAUSEAS DESDE LA MAÑANA, NO PRESENTA NINGUN SINTOMA EXTRA ADEMAS REFIERE CANSANCIO Y SENSACION DE FALTA DE AIRE INCLUSIVE DIFICULTAD PARA MANTENER RELACIONES SEXUALES, EXAMEN FISICO GENERAL DENTRO DE LO NORMAL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-22	09:54	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-10-22	09:54	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

