

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VERA	ANTONIO LEONARDI	02	10	1979	45 años, 9 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309080529	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AVDA CHONE y	098-634-4554 /
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	1309080529	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

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

PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (LOSARTÁN DE 100 MG) APF: MADRE CATETERISMO HACE UN MES. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESION ARTERIAL ALTA QUE NO MEJORA CON MEDICACION SE REALIZA CONTROL AMPA POR 1 SEMANA POR SEGUNDA OCASION CON PA ALTA: 144/93 MMHG. AL MOMENTO TA: 135/90 MMHG. PACIENTE SE REHUSA A SER MANEJADO EN PRIMER NIVEL ADEMAS REFIERE NO TENER NINGUNA VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA CONTROL Y VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL AMPA CON PA ALTA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-22	10:19	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	 Maria Pierina Mun Macias 

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
2025-07-22	10:19	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	