

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MERA	OSCAR IVAN	22	03	1982	43 años, 4 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309119574	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL BEJUCO y	098-652-6957 / (99)-999-9999
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	1309119574	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	08	13
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 43 AÑOS, APP: HTA (LOSARTAN 50 MG C/12H), APF: PADRES HTA Y DM, AQX: CIRUGÍA ABIERTA DEBIDO A TRAUMATISMO, AA: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR PRECORDIAL QUE SE IRRADIA A BRAZO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS Y CEFALEA HOLOCANEANA DE MODERADA INTENSIDAD, LLAMA LA ATENCIÓN TA: 160/121 MMHG REPORTADOS POR PREPARACIÓN, SE VUELVE A TOMAR TA EN CONSULTA LUEGO DE 40 MINUTOS QUE REPORTA 145/90 MMHG. SE REALIZA EKG QUE REPORTA: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA CON INDICE DE SOKOLOWLYON: 36. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD TELF: 0986526957 // 0967408758

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	10:50	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-08-13	10:50	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	