

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	JHON ESTAURO	13	01	1984	42 años, 0 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309334835	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ITALO COLAMARCO y PICHINCHA	096-009-5662 /
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	1309334835	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	02	06
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 42 AÑOS DE EDAD, CON APP: HIPERTENSION EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 100 MG, NATRILIX 1.5 MG, FUROSEMIDA DE 40 MG Y AMLODIPINO 10 MG, ANTECEDENTE DE DIABETES EN TRATAMIENTO CON METFORMINA DE 850 MG. APQ: CIRUGIA OCULAR POR PTERIGION, APF: PAPÁ DIABÉTICO E HIPERTENSO. AL MOMENTO ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO QUE TUVO UNA PARÁLISIS FACIAL HACE DOS DÍAS YA EN TRATAMIENTO POR MÉDICO NEURÓLOGO PARTICULAR. MENCIONA ADEMÁS CIFRAS ALTAS DE PRESIÓN ARTERIAL A PESAR DE TRATAMIENTO YA MENCIONADO, CIFRAS DE TENSIÓN: 132/85. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ORIENTADO, SE OBSERVA DIFICULTAD PARA MOVER MÚSCULOS DEL LADO IZQUIERDO DE LA CARA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS PESE A TRATAMIENTO CON DOS ANTIHIPERTENSIVOS (LOSARTAN Y AMLODIPINO) Y DIURÉTICOS (FUROSEMIDA E INDAPAMIDA)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	I159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-06	15:13	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-02-06	15:13	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

