

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VERA	MARIA LEONOR	04	03	1978	48 años, 0 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309399119	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BY PASS y WILFRIDO VITERI Y 13 DE ABRIL	097-904-4632 /
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	1309399119	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	03	09
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 ANTECEDENTES DE HTA NO CONTROLADA DESDE HACE 4 AÑOS. PACIENTE INDICA QUE EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO FUE MEDICADA CON CANDESARTAN 8 MG VIA ORAL CADA DÍA SIN EMBARGO NO TOMO LA MEDICACIÓN. HACE 72 HORAS PRESENTO CEFALEA DE TIPO PULSATIL LOCALIZADA EN REGIÓN OCCIPITAL ADEMAS DE ASTENIA. SE REALIZA EKG DONDE SE OBSERVA BRADICARDIA SINUSAL ADEMAS SE REALIZA MAPA DE PRESEION ARTERIAL CON PRESIONES ELEVADAS EN UN 80%

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HOLTER MAPA: SYS máxima 179mmHg Tiempo 2026/3/7 07:00 SYS mínima 102mmHg Tiempo 2026/3/7 12:16 DIA máxima 106mmHg Tiempo 2026/3/6 21:00 DIA mínima 59mmHg Tiempo 2026/3/7 05:30 Ritmo circadiano de PA:DES SyS noche. 4.0% Des DIA noche 7.6% Normal:10%-20%

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS	I498	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	 Firmado electrónicamente por: ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-09	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	