

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CASTRO	DANY DANIEL	02	02	1981	45 años, 0 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309526034	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO 10 DE AGOSTO y SN	098-464-0817 /
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	1309526034	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	02	19
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 con antecedentes personales patológicos que niega; antecedentes familiares de padre con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2; alergias negadas. Antecedentes quirúrgicos: hernioplastias inguinales en 2012 y 2014, y cirugía de hidrocele en 2018. Acude por presentar dolor lumbar asociado a ardor y dolor al orinar; sin embargo, al interrogatorio dirigido refiere disnea progresiva a moderados y pequeños esfuerzos compatible con clase funcional NYHA III / mMRC grado III, además de edema en miembros inferiores. Al examen físico se evidencia ingurgitación yugular leve a 45° y reflujo hepatoyugular positivo, hallazgos sugestivos de sobrecarga de volumen. Paciente hemodinámicamente estable al momento de la valoración. Por clínica y hallazgos al examen físico, se considera cuadro sugestivo de probable insuficiencia cardiaca en estudio, por lo que se decide referencia a Cardiología para valoración especializada, estratificación diagnóstica y manejo oportuno.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	11:30	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

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
2026-02-19	11:30	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

