

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	COBEÑA	MARISELA ESTERLITA	06	01	1985	41 años, 6 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310280704	MANABI	CHONE	CONVENTO	MANTA BLANCA 2 y MANTA BLANCA 2	099-450-9243 / (05)-302-8665
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	1310280704	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	30
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 FEMENINA DE 41 CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON OLMESARTAN 40 MG Y AMLODIPINO 10 MG/DÍA. SE INDICA AGREGAR CARVEDIL 25 MG CADA DIA ACUDE A CONTROL MÉDICO, EVIDENCIÁNDOSE PERSISTENCIA DE CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, CON PRESIÓN ARTERIAL DE 160/90 MMHG, COMPATIBLE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA A PESAR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TRIPLE. NIEGA SÍNTOMAS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, DOLOR TORÁCICO, DISNEA O DÉFICIT NEUROLÓGICO. SE DECIDE AJUSTE DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO, MANTENIENDO VIGILANCIA DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON NIVELES DE PRESION ARTERIAL ELEVADOS SE CAMBIO MEDICACION A OLMESARTAN 50MG CADA DIA + AMLODIPINO 10MG + CARVEDILOL 12.5 MG AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	10:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-30	10:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

