

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| DELGADO          | GANCHOSO         | ANGELA MARIA | 28                  | 10  | 1982 | 42 años, 9 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310518533        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHONE y                      | 098-261-5685 /       |
| 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                 | 1310518533      | 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  | 2025 | 08    | 05  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS CON APP HTA TRATADA CON 50MG C24 HORAS + CLORTALIDONA 25MG C24 - CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL DE 110/80 MMHG - AL MOMENTO AFEBRIL REFIERE FATIGA AL REALIZAR ACTIVIDADES COMUNES Y QUE MANTIENE DIETA BAJA EN CARNES ROJAS - TRAE EKG QUE REPORTA RITMO SINUSAL NORMAL - ONDA P LARGA - HIPERTROFIA VENTRICULAR LEVE - SE CONTINUA CON ANTIHIPERTENSIVO - SE ENVIA ECOCARDIGRAMA PARA EVALUAR GARGO HVI Y FUNCION DIASTOLICA-AURICULAR - TRAE EXAMENES 4/8/25 QUE REPORTAN GR 4 - HGB 14 - HEMATOCRITO 39 - PLAQUETAS 233 - GLUCOSA 84 - COLESTEROL 163 - TRIGLICERIDOS 161 - ACIDO URICO 2.73 - UREA 17 -CREATININA 0.51 -TGO 19 - TGP 23 -UROANALISIS NORMAL - SODIO 137 - POTASIO 3.9 - CALCIO 1.26 - CLORO 106 - T3 3.8 - T4 1,2 - TSH 2 - ID SIN PATOLOGIA EN BIOMETRIA - SIN PATOLOGIA EN QUIMICA - PERFIL TIROIDEO NORMAL - SE ENVIA REFERENCIA A CARDIOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS CARDIOMIOPATIAS HIPERTROFICAS | I422   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-08-05 | 09:13 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-08-05 | 09:13 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

