

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA		PEDRO ANDREZ	30 día	11 mes	1961 año	64 años, 1 meses, 28 días a-m-d	Hombre 1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310577299	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIRIACO y SN	000-000-0000 /

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	1310577299	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	01	27

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 APP DE HTA HACE 10 AÑOS, TRATADO CON LOSARTAN 100 MG, AMLODIPINO 10 MG UNA CADA DIA Y EN LOS ULTIMOS MESES VIENE PRESENTANDO CIFRAS ELEVADAS DE TENSION ARTERIAL 170/100 MMHG, EL MISMO NO HA SIDO VALORADO POR CARDIOLOGIA POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON CARDIOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CREATININA 2.40

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I119		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	12:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR: DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS Validar únicamente con FIRMADO

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 clínico

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
2026-01-27	12:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	