

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ESPINOZA	EDDY YONAHIRA	11	08	1980	45 años, 10 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310974025	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LOS ALMENDROS y LOS ALMENDROS	097-903-8222 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1310974025	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	06	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 clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON IBERSARTAN 150 MAS HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG DIAS Y CARVEDILOL 25mg. DIA, SE HACE HINCAPIÉ EN TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PARA COMPLEMENTAR SU TRATAMIENTO DE BASE, ADEMÁS MENCIONA QUE RECIBIÓ VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA INDICANDO TRATAMIENTO (PAROXETINA 20 MG, QUETIAPINA 25 MG DIA Y GLICINATO DE MEGNESIO EL CUAL MENCIONA LO ESTA TOMANDO), RECIBE VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA - PRÓXIMA CITA EN 23/07/2026 FILTRADO GLOMERULAR 82.7 ML/MIN RIESGO CARDIOVAS CULAR BAJO 3%. REFERENCIA PARA CONTROL CON NEUROLOGIA 06/2026. TELÉFONO 0979030822.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	13:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	13:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	