

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	BASURTO	LORENA ELIZABETH	09	06	1988	37 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311483760	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	24 DE JULIO y 5 DE JUNIO	098-992-3329 /
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	1311483760	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
IESS	HOSPITAL BÁSICO - CHONE	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 DE 37 AÑOS DE EDAD CON APP HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG QD DIAGNOSTICADA HACE 16 AÑOS DM TRATADA CON 1000 MG QD AGO G6 C2P0A4 ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA . ULTIMO ABORTO HACE 3 MESES A LAS 12 SEMANAS . METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE . REFIERE PRESENTAR CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL ALTAS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-01-27	10:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	Validado electrónicamente por: LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-27	10:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

