

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	ALMENABA	MERCEDES MARIA	05	02	1984	41 años, 6 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año		

a-m-d

1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311487779	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RANCHO VIEJO y	099-290-4637 /
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	1311487779	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	08	28
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 40 AÑOS DE EDAD, APP: HTA EN TRATAMIENTO CON CARVEDILOL 12.5 MG VO CADA DIA, LOSARTAN 50MG VO DIARIA. AL MOMENTO ACUDE POR CONTROL MEDICO DE EXAMENES ANTERIORES, REFIERE SEGUIMIENTO POR NIVELES ALTOS DE AC. URICO, REFIERE DOLOR COSTAL DE 1 MES DE EVOLUCION, DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD QUE SE EXACERBA CON LA FUERZA FÍSICA, CEDE CON ANALGESIA. ADEMÁS DE NO REALIZAR DEPOSICIONES DE MANERA FRECUENTE. SE BRINDA CONSEJERIA EN ALIMENTACION, ACTIVIDAD FÍSICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOCRADIOGRAMAFUNCION SISTOLICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CONSERVADA INSUFICIENCIA VALVULAR AORTICA MINIMA INSUFICIENCIA MITRAL MINIMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES DE LA VALVULA MITRAL	I058		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-28	08:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-28	08:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	