

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	ZAMBRANO	JESSICA MARIA	30	07	1984	40 años, 6 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311599227	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA NUEVO RENACER y CDLA NUEVO RENACER	099-043-2927 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311599227	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	02	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 40 A, AP: HTA (DESDE LOS 17 A, POSTERIOR A PREECLAMPSIA, AL MOMENTO TOMA ENALAPRIL DE 10 MG, ANTES TOMABA LOSARTAN SIN EMBARGO REFIERE QUE LE CMBIARON YA QUE PRESENTABA PIROSIS), AF: MADRE CA HIGADO, AL MOMENTO ACUDE A CITA PARA CONTROL DE HTA, PRESENTA VALORES FUERA DE RANGO, MENCIONA QUE HA ESTADO PPRESNTANDO VALORES SMILARES ESTAS ULTIMA SEMANA, YA QUE ELLA SE TOMA LA PRESION EN CASA. PACIENTE CON DIAGNOSTO DE LARGA DATA DE HTA, SIN EMBARGO NUNCA HA RECIBIDO CONTROL POR CARDIOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL SE GENERA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DURANTE CONSULTA PACIENTE PRESENTA VALORES DE PRESION FUERA DE RANGO: 147/99*

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	10:11	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-02-07	10:11	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	