

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	SALAVARRIA	ANGEL LEODAN	09	05	1981	44 años, 8 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311606774	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	FUERZAS NUEVAS y FUERZAS NUEVAS	000-000-0000 / (00)-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	1311606774	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	02	04
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 MASCULINO DE 44 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HACE 10 MESES, ACTUALMENTE EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA. REFIERE QUE LE DIAGNOSTICARON UNA VALVULOPATÍA CARDÍACA NO ESPECIFICADA. ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR DESDE HACE VARIAS SEMANAS SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE AL ESTAR ACOSTADO, REQUIRIENDO ELEVAR LA CABECERA PARA PODER DORMIR, CORRESPONDIENTE A ORTOPNEA CLASIFICADA COMO NYHA IV. ASOCIA TOS DE PREDOMINIO NOCTURNO, PALPITACIONES Y EPISODIOS OCASIONALES DE DOLOR TORÁCICO OPRESIVO. REFIERE, ADEMÁS, CEFALEAS RECURRENTES DE INTENSIDAD VARIABLE, PARESTESIAS INTERMITENTES EN EXTREMIDADES Y MALESTAR GENERAL. MANIFIESTA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INDICADO POR ESPECIALISTAS, DEBIDO A PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS QUE LE GENERAN INCOMODIDAD, POR LO QUE SUSPENDE FRECUENTEMENTE LA MEDICACIÓN. ACTUALMENTE SOLO UTILIZA LOSARTAN 50 MG QD EN LAS MAÑANAS Y CLOPIDOGREL 75 MG QD CON EL ALMUERZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RECuento de glóbulos rojos 5.48 X10⁶/UL, Hemoglobina 16.4 G/DL, Hematocrito 47.4 %, VCM 86.6 UM³, HCM 30 PG, CHCM 34.6 G/DL, RDW-CV 12.8 %, RDW-SD 42.3 UM³, Plaquetas 185 X10³/UL, MPV 9.5 UM³, PDW 16.4 %, Glóbulos blancos 6.75 X10³/UL, Granulocitos 4.10 X10³/UL y Linfocitos 2.10 X10³/UL. Glucosa 111.84 MG/DL, Triglicéridos 129.63 MG/DL, Colesterol total 138.75 MG/DL y VLDL 25.93 MG/DL. Uroanálisis con color amarillo, aspecto turbio, densidad 1.015, pH 6, Leucocitos negativo, Nitritos negativo, Proteínas negativo, Glucosa negativo, Cetonas negativo, Urobilinógeno negativo y Bilirrubinas negativo. En examen microscópico de orina se observan células epiteliales 1-2 por campo, Leucocitos 1-2 por campo, Hematíes 0-1 por campo y presencia de bacterias ++.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-04	15:21	Medicina Rural	LUISA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

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
2026-02-04	15:21	Medicina Rural	LUISA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	