

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINO	MOREIRA	JOHANA VANESSA	16	07	1985	40 años, 2 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311821654	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE y JUAN MONTALVO	099-511-4710 / (99)-999-9999
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	1311821654	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	09	25
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/espec ifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD APP HTA (IBERSARTAN DE 300 + CONCORD 10) APF. PACIENTE QUE EN EL ULTIMO MES PRESENTÓ CUDROS DE HIPERTENSIÓN QUE LA LLEVARON A LA EMERGENCIA DONDE PRESENTÓ PRESIONES 204/119, Y EN LA ULTIMA OCASIONES 191/110. AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA PRESIONES 160/90 YA TOMO MEDICACION HABITUAL. PACIENTE CON IMC: 49.99

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HIPERTENSION PERSISTENTE, SOLICITA SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDÍACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARCIACA		I11X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	09:58	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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