

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	BARRE	MAYRA JANETH	10	03	1986	38 años, 11 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311937922	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	098-181-3345 /
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	1311937922	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	02	18
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	☐	HIPERTENSIÓN ARTERIAL + 6,6 SG	

3. Resumen del cuadro clínico

SE REALIZA MAPA EN PACIENTE CON 6.6 SG EL CUAL DA LOS SIGUIENTES RESULTADOS TODAS LAS MEDIAS EN 24H 143/97 (VN 130/80) DURANTE EL DÍA EL PROMEDIO 144/99 (135/85 VN) Y DURANTE LA NOCHE 140/91 (VN 120/70) REFIERE CEFALEA OCASIONAL 5/10 DE EVA DE UBICACIÓN OCCIPITAL, NO TINITTUS NI VISIÓN BORROSA. SE INICIA TERAPIA CON ALFAMETILDOPA 250 MG CADA 8H. Y SE DA REFERENCIA PARA CARDIOLOGÍA. 0981813345 GESTAS 2 PARTOS 2 CESAREAS ABORTOS 0 SIN APP DE PRESIONES ARTERIALES ELEVADAS EN EMBARAZADOS, APF ABUELO CON HTA, PRIMA CON PREECLAMPSIA HACE 8 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O100		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	