

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	ZAMBRANO	ANA MARIA	15	12	1985	39 años, 8 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312054438	MANABI	CHONE	BOYACA	EL RETIRO y SC	097-958-6820 /
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	1312054438	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2025	08	19	
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 FEMENINO DE 39 ANOS ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO DE ENFERMEDAD CRONICA, HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 12 ANOS, DIAGNOSTICADA COMO HIPERTENSION GESTACIONAL EN SU MOMENTO, ACTUALMENTE CON MEDICACION DE ENALAPRIL DE 20MG VO EN LAS NOCHES, Y CARVEDILOL 6,25MG VO TAMBIEN EN LAS NOCHES, PACIENTE REFIERE QUE MEDICACION NO LE ASIENTA YA QUE DESDE APROXIMADAMENTE 8 MESES HA PRESETNADO CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS A PESAR DE AJUSTE DE MEDICACION, REFIERE SINTOMAS COMO CEFALEA INTENSA A DIARIO, VISION BORROSA, PALPIPATAIONES, MAREOS, OPRESION EN EL PECHO Y SENSACION DE AHOGO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TENSION ARTERIAL 133/96 AL MOMENTO DE LA CITA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I119	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	08:40	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-08-19	08:40	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	