

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUTIERREZ	SOLORZANO	IVONNE STEFANIA	12	07	1996	28 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314770742	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PICHINCHA y 1ERO DE MAYO	099-407-1622 /
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	1314770742	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	27
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 DE 28 AÑOS DE EDAD, CON APP: NO REFIERE, APF: HTA (MAMA) DM (MAMA Y PAPA), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALÉAS INTERMITENTES DE MAS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, PACIENTE REFIERE QUE COMENZÓ POSTERIOR A UNA CAÍDA DE UN OBJETO EN LA CABEZA. PACIENTE QUE ACUDE POR REFERENCIA A CARDIOLOGÍA REFIERE QUE MEDICO DE HOSPITAL LE INDICO QUE ACUDIERA A CENTRO DE SALUD PARA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA HACE 15 DÍAS POR CRISIS HIPERTENSIVA QUE CEDIO A TTO EL MISMO DÍA, SOLO REFIERE UN EPISODIO. PACIENTE TAMBIEN REFIERE ANTECEDENTE DE PREESCLAMPSIA EN ULTIMO EMBARAZO (HACE 4 AÑOS). PACIENTE ACUDE CON TAMIZAJE DE TA DE LOS ÚLTIMOS 8 DÍAS EN LA CUAL SE REPORTAN TA MAYOR DE 135/90 EN ALGUNOS DÍAS Y ACUDE CON EKG DEL 20/02/2025 EL CUAL SE REPORTA NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOSPECHA DE HTA SECUNDARIA. NUMERO: 0994071622

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	I159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	11:15	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-02-27	11:15	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

