

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRIONES	SIRKE DANIEL	03	05	1992	33 años, 10 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314963891	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	096-345-2470 /
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	1314963891	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	03	10	
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 31 AÑOS DE EDAD CON APP HIPERTENSION ARTERIAL HACE 11 AÑOS (DESDE LOS 19 AÑOS) ACTUALES MOMENTOS CON TTO DE AMLODIPINA 10 MG + CLORTALIDONA 25 mg + LOSARTAN 100 mg CADA DIA. REFIERE QUE HACE 2 AÑOS 9 MESES APROXIMADAMENTE ESTUVO INGRESADO EN UCI MAS VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE 5 DÍAS EN EL HNDC, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD SUBSECUENTE. AL MOMENTO ESTABLE SEGÚN SU CONDICIÓN DE SALUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		I694		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	13:43	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-10	13:43	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	