

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MUÑOZ	ANTHONY ALEXANDRE	16	04	2007	19 años, 1 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315519759	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA HIDALGO y	099-813-2280 / (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	1315519759	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	03
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 MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA ATENCIÓN AMIGABLE ADOLESCENTE Y REVISIÓN DE EXÁMENES. COMO ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE IMPORTANCIA PRESENTA LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA A NIVEL T5 SECUNDARIA A ACCIDENTE DE TRÁNSITO, CON PARAPLEJIA COMO SECUELA. ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA POR FRACTURA VERTEBRAL. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE UN MES EL PACIENTE PRESENTÓ EN DOS OCASIONES EPISODIOS CARACTERIZADOS POR ELEVACIÓN DE CIFRAS TENSIONALES ASOCIADAS A CEFALEA INTENSA, DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DOLOR PRECORDIAL, LOS CUALES REQUIRIERON VALORACIÓN E INGRESO HOSPITALARIO. A PESAR DE ELLO, LA SINTOMATOLOGÍA HA PERSISTIDO DE FORMA INTERMITENTE. ACTUALMENTE EL PACIENTE REFIERE CEFALEA DE PREDOMINIO OCCIPITAL, EPISODIOS DE DOLOR PRECORDIAL Y SENSACIÓN DE AHOGO, PRINCIPALMENTE DURANTE LA NOCHE, LO QUE INTERFIERE CON EL DESCANSO Y LA CALIDAD DEL SUEÑO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PRESENTA CEFALEA ACTIVA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, CON PARAPLEJIA SECUNDARIA A LESIÓN MEDULAR Y NECESIDAD DE Sonda VESICAL PERMANENTE. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES. SIGNOS VITALES ESTABLES, PRESIÓN ARTERIAL ACTUAL 111/73 MMHG. POR ANTECEDENTE DE LESIÓN MEDULAR TORÁCICA ALTA, EPISODIOS RECURRENTES DE CEFALEA, DOLOR PRECORDIAL, DISNEA Y CRISIS HIPERTENSIVAS PREVIAMENTE DOCUMENTADAS QUE HAN REQUERIDO HOSPITALIZACIÓN, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 5.25 10⁶/μL 5 - 6.5 Hemoglobina 14.8 g/dL 14.5 - 18.5 Hematocrito 47.5 % 45 - 55 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 90.5 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 31.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.3 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 44.8 μm³ Plaquetas 275 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.29 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.5 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12.9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 78 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 28.2 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.25 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 44.8 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 43.2 % 55 - 65 Monocitos (%) 6.7 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 4.6 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.7 % 0 - 2 Linfocitos (#) 3.7 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.56 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.55 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.38 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.06 10³/μL 0 - 0.2 Glucosa 94.4 mg/dL 70 - 110 Urea 34.44 mg/dL 10 - 50 Creatinina 1.20 mg/dL 0.7 - 1.4 Ácido Úrico 5.62 mg/dl 3.4 - 7 Colesterol 180.9 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 261.3 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 13.11 U/L 0 - 38 TGP/ALT 12.34 U/L 0 - 42 Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	11:39	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-06-03	11:39	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	