

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MOLINA	TANIA BRIGITTE	06	10	1998	27 años, 9 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317844221	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SAGRADO CORAZON DE JESUS y SAGRADO CORAZON DE JESUS	000-000-0000 /
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	1317844221	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	07	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENBTES DE HIPOTIROIDES EN TRATAMIENTO DE LEVEOTIROXINA 50MG DIARIO, HIPERTENS IÓN ARTERIAL - INS UFICIENCIA CARDIACA BIVENTRICULAR EN TRATAMIENTO CON S ACUBITRILO/VALS ARTAN 50mg, DAPAGLIFOZINA 10mg , AAS 81mg, ES PIRONOLACTONA 25mG, CARVEDILOL 12.5mG, - EN ES PERA DE CIRUGIA POR BOCIO TIRODEO - VALORADA POR CARDIOLOGO PARTICULAR POR RIES GO QUIRURGICO CON DX DIS FUNCIÓN S IS TOLICA BIVENTRICULAR, CAMARAS DERECHAS DILATADAS .QUIEN S UGIERE CONTROL CON CARDIOLOGIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: INFORME ECOCARDIOGRAMA DIS FUNCIÓN S IS TOLICA BIVENTRICULAR (FEVI: 41%, FEVD:40%) CAMARAS DERECHAS DILATADAS , INS UFICIENCIA TRICÚPIDE LIGERA, DIS FUNCIÓN DIOAS TOLICA TIPO 1

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	10:37	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2026-07-30	10:37	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	