

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS		SANDU ENRIQUE	30	10	1953	71 años, 11 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1600211344	MANABI	CHONE	CONVENTO	COMUNIDAD 8 DE DICIEMBRE y	099-964-3617 /
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	1600211344	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	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 MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA RETIRO DE SU MEDICACION HABITUAL(LOSARTAN DE 50 MG QD) T.A EN UNIDAD OPERATIVA: 164/90. PACIENTE REFIERE NO TOMAR MEDICACION PARA LA PRESION ARTERIAL EL DIA DE HOY PORQUE SE LE ACABÓ. SE ADMNISTRA EN UNIDAD LOSARTAN DE 100 MG Y T.A: 160/100. SE VALORA CON MEDICO FAMILIAR Y ORDENA REALIZAR REFERENCIA A CARDIOLOGIA HNDC . SE CONVERSA CON PACIENTE SOBRE LA NECESIDAD DE SER REFERIDO POR CARDIOLOGIA. PACIENTE ACEPTA. APP: HTA+HPB GRADO IV AQX: APENDICITIS. . AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ACTIVO, COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO, GLASGOW 15/15. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO: EDEMA PRETIBIAL+ HTA + MAREO + CONFUSION + ASCITIS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-27	08:54	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-10-27	08:54	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

