

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAREDES	CORREA	ARTURO	02	08	1953	72 años, 8 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	1703694404	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y	098-670-6322 / (99)-999-9999
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	1703694404	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	04	20
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 72 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, EVENTO CEREBRO VASCULAR EN EL AÑO 2020 QUE NO SABIA QUE SUFRÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Y EN EL AÑO 2023 QUE FUE ATENDIDO POR DICHO EVENTO FUE HOSPITALIZADO POR 5 DÍAS EN EL HOSPITALIZADO EN SANTO DOMINGO (H GUSTAVO DOMÍNGUEZ) Y DIAGNOSTICADO (HIPERTENSIÓN ARTERIAL) LE PRESCRIBIERON CLOPIDOGREL DE 75 mg, ATORVASTATINA 40 mg, AMLODIPINA DE 10 mg. EN LOS ACTUALES MOMENTOS PRESENTA DISNEA DE GRANDES ESFUERZO, SUBIR GRADAS Y CUANDO HACE MUCHO CALOR TAMBIÉN LE MOLESTA (REPOSO). HACE UN AÑO FUE ATENDIDO EN EL HNDC EN EL AREA CARDIOLOGIA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: EKG: RITMO SINUSAL, HIPERTROFIA VENTRICULAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	I698		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-20	09:38	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
2026-04-20	09:38	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	