

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	LOOR	VALERIO EUGENIO	27	11	1967	58 años, 2 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1710442847	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LUIS MARÍA SOLORZANO y CALLE WUASHIGNTON	098-414-2886 /
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	1710442847	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	02	26
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 clinico

Paciente masculino de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca congestiva - Acude para control y seguimiento posterior a cateterismo cardíaco. Refiere dispepsia ocasional - Tratamiento habitual - Losartán 100 mg VO - Carvedilol 6.25 mg VO AM y PM (mitad de la pastilla) - Atorvastatina 20 mg VO - Ácido acetilsalicílico 100 mg VO AM - Clopidogrel 75 mg VO PM - Omeprazol 20 mg VO AM -Signos vitales: TA 128/85 mmHg - Paciente consciente, orientado, en buen estado general - No signos de congestión periférica o descompensación cardíaca al momento de la valoración - SE REFIERE A CARDIOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X



Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Firmar únicamente con FirmaEC

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2026-02-26	12:12	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588

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
2026-02-26	12:12	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

