

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVILA	MOREIRA	SENIA MARIBEL	05	01	1990	35 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1724654767	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 3 y	099-230-9240 /
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	1724654767	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	12	17
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 FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD , CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (HIPOACUSIA BILATERAL), DIFICIL COMUNICACION , ANTECEDENTE PATOLOGICO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO ACTUAL CON LOSARTAN 50 MG QD, AMLODIPINO 5 MG QD. DIABETES MELLITUS TIPO II EN TTO CON METFORMINA 500 MG (ES POSO REFIERE QUE NO ESTA TOMANDO MEDICACION PORQUE EL CARDIOLOGO LE DIJO QUE NO TOME). VO QD, HGO: G3P3A0C0. HV: 3 ANTICONCEPTIVO HORMONAL DE LARGA DURACION (IMPLANTE SUBDERMICO DE 5 AÑOS, HACE 4 AÑOS COLOCADO). PACIENTE REFIERE PRESENCIA DE HEMIBLOQUEO ANTERIOR IZQUIERDO EN ELECTROCARDIOGRAMA REALIZADO (AGOSTO 2024). RIES GO CARDIOVAS CULAR ELEVADO. RIES GOMODERADO .ACUDE A SU CONTROL MEDICO DE RUTINA EN COMPAÑIA DE SU ESPOSO. PACIENTE ES VALORADA POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA QUIEN SOLICITA NUEVA REFERENCIA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-17	09:30	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-12-17	09:30	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

