



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Canuto	CS	1307930196							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Sanchez	Bowen	Susan	Marivel	M	22-08-1972	52	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-524-6354		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130352	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Cardiologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA MÉDICA. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: DISCAPACIDAD FÍSICA ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: SE EVIDENCIA CICATRIZ CRUZANDO PEZON IZQUIERDO (PACIENTE NO ESPECIFICA DE QUE) ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. PACIENTE REFIERE QUE EL DÍA ANTERIOR EN EMERGENCIA POR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR PRECORDIAL. TRAE CONSIGO FORMULARIO DE CONTRARREFERENCIA QUE SUGIERE REALIZAR REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA POR CARDIOLOGÍA. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA- DIGESTIVA-URINARIA O NEUROLÓGICA. EN EL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE ALERTA- COOPERADOR- BIEN HIDRATADO-NORMOCOLORADO- AFEBRIL- NORMOTENSO- CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES. TÓRAX SIMÉTRICO- MURMULLOS VESICULAR CONSERVADO- RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN- SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES ÍNTEGRAS- FUERZA Y MOVILIDAD CONSERVADAS- SIN EDEMAS NI SIGNOS DE TROMBOSIS. FUNCIONES NEUROLÓGICAS SUPERIORES ÍNTEGRAS- ORIENTADO/A EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA. SIN ALTERACIONES CUTÁNEAS EVIDENTES. HÁBITOS DE VIDA REFERIDOS: NO FUMADOR- NO CONSUME ALCOHOL NI SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NO SE IDENTIFICAN SIGNOS DE ALARMA NI FACTORES DE RIESGO INMEDIATOS. TAMIZAJE DE VIOLENCIA REALIZADO: NEGATIVO. SE REALIZA CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES- ALIMENTACIÓN BALANCEADA- ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR- SALUD MENTAL- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. SE RECOMIENDA MANTENER CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS. SE SOLICITA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EKG: TRASTORNO DE REPOLARIZACIÓN

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Angina De Pecho No Especificada		I209		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-10	10:21	Diana	Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1351725732				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO			

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	