

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	CHAMBA	MILTON ANTONIO	15	09	1976	49 años, 7 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0703420844	MANABI	CHONE	CONVENTO	GILER y	095-974-6654 /
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	0703420844	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	cardiologia	2026	05	04
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 49 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA PULSATIL + DOLOR PRECORDIAL + ANGINA INESTABLE DE 4 DIAS DE EVOLUCION, INTERNADO POR CLINICA PRIVADA. APP: LOSARTAN DE 100 MG + AMLODIPINO DE 5 MG . + PSORIASIS. REFIERE INTERVENSION HEMODINAMICA EL 28/04 , MISMO QUE NO REPORTA ENFERMEDADES MICROVASCULARES. SE AÑADE ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG QD + SIMVASTATINA DE 40 MG QD. REQUIERE VALORACION POR AREA DE CARDIOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE LUCE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVO, COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS: 6820 --- HG: 13.8 HTC: 42% -- COLESTEROL: 192 -- TRIGLICERIDOS: 283.45 . CKMB: 4.07 -- NT PROT: 50 ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL 51 LPM . SIN ALTERACIONES AGUDAS ELECTROCARDIOGRAFICAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA	R51X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	08:13	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
2026-05-04	08:13	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

