

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ZAMBRANO	LETTY AZUCENA	04	09	1970	54 años, 11 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0914637350	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN JACINTO DE COLIME y	091-463-7350 / (00)-000-0000
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	0914637350	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	2025	08	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 ACUDE POR PRESENTAR DOLOR PRECORDIAL HACE 3 DIAS DE EVOLUCION QUE INICIO DE MANERA SUBITA, ACOMPAÑADOS DE CEFALEA DE LEVE INTENSIDAD, + DOLOR EN BRAZO DERECHO , SOLICITA VALORACION DE CARDIOLOGIA POR ANTECEDENTES DE ARRITMIA CARDIACA Y DIAS NEA DE MODERADOS ESFUERZOS, + CRISIS DE ANSIEDAD, AL MOMENTO CON PRESION ARTERIAL DE 146/79 MG/DL SE ESTABILIZA , SE VA ESTABLE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO , AL EXAMEN FISICO FASCIES PALIDAS , CAMPOS PULMOINARES CLAROS Y VENTILADOS , RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS Y RITMICOS , EXTREMIDADES NO EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZO AL MOMENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	08:17	Medicina General	NINFA JAZMIN VELEZ MOREIRA	1312399544	

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 clínico

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
2025-08-20	08:17	Medicina General	NINFA JAZMIN VELEZ MOREIRA	1312399544	