

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	RODRIGUEZ	ALBA DIANA	10	02	1948	78 años, 4 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300599683	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	098-477-7938 /
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	1300599683	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	19
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

FEMENINA DE 78 AÑOS ACUDE POR CONTROL, PACIENTE REFIERE DISNEA DE ESFUERZOS, PACIENTE REFIERE NO PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, NO PUEDE SUBIR ESCALERAS, BARRER, NI CONVERSAR PORQUE SE AHOGA, PACIENTE SE AHOGA AL REALIZARLE PRUEBA DE ESFUERSO, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE IAM, CON INTERVENSIÓN QUIRURGICA EN EL 2024 PACIENTE OCN HTA TRATADA CON ENALAPRIL DE 20MG

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FEMENINA DE 78 AÑOS ACUDE POR CONTROL, PACIENTE REFIERE DISNEA DE ESFUERZOS, PACIENTE REFIERE NO PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, NO PUEDE SUBIR ESCALERAS, BARRER, NI CONVERSAR PORQUE SE AHOGA, PACIENTE SE AHOGA AL REALIZARLE PRUEBA DE ESFUERSO, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE IAM, CON INTERVENSIÓN QUIRURGICA EN EL 2024 PACIENTE OCN HTA TRATADA CON ENALAPRIL DE 20MG

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	10:20	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-06-19	10:20	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

