

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	HIDROVO	PEDRO SERVANDO	22	02	1947	78 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300994603	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA A GUARUMAL y VIA A LA PIÑUELA	098-777-1799 /
Ver instructivo	Describir Pais	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	1300994603	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Cardiovascular	2025	08	12
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 MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD. APP HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA EN SEGUIMIENTO CON UROLOGIA, ALERGIAS NO REFIERE, APQX CX DE DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL HACE 4 AÑOS.PACIENTE INDICA QUE NO HA TENIDO SEGUIMIENTO CON CIRUGIA VASCULAR POR SU IMPLANTE AORTICO. PACIENTE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA. AL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE SINTOMAS DE IMPORTANCIA. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN NOVEDADES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS EN ESTA CONSULTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
PRESENCIA DE INJERTOS E IMPLANTES CARDIOVASCULARES NO ESPECIFICADOS		Z959		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA
2025-08-12	10:51	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434		ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-12	10:51	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	