

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VERA	ZOILA FILERMA	22	07	1938	87 años, 11 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301112494	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COSTA AZUL y	000-000-0000 /
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	1301112494	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	07	02
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 FEMENINA DE 87 AÑOS DE EDAD CON APP HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 9 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ELEVACIÓN DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL, ASOCIADO A DOLOR E INFLAMACIÓN LOCALIZADA EN HEMITÓRAX IZQUIERDO, EL CUAL DESCRIBE COMO CONTINUO, DE INTENSIDAD MODERADA, QUE AUMENTA CON DETERMINADOS MOVIMIENTOS Y A LA PALPACIÓN, SIN IRRADIACIÓN DEFINIDA. REFIERE ADEMÁS DISMINUCIÓN DEL APETITO DESDE EL INICIO DEL CUADRO. NIEGA FIEBRE, TOS, EXPECTORACIÓN, PALPITACIONES, SÍNCOPE, TRAUMATISMO RECIENTE, NÁUSEAS O VÓMITOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	R074		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	09:38	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-02	09:38	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	