

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | GARCIA           | KLEVER MARON | 09                  | 08  | 1949 | 76 años, 4 meses, 1 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301473540        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SITIO MOSQUITO LA CARMELA y  | 096-939-6003 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1301473540      | 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 | Cardiología  | 2025 | 12    | 10  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO, REFIERE ADEMAS ANTECEDENTE RECIENTE DE CATETERISMO CARDIACO CON COLOCACION DE 3 STENT (5 MESES) POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS Y UN PRE INFARTO, INDICA QUE LLEVA SU SEGUIMIENTO CON CARDIOLOGIA POR LO QUE REQUIERE SER ENVIADO CON EL ESPECIALISTA, CONTINUA EN TRATAMIENTO, AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, INDICA QUE SE CUIDA CON LA ALIMENTACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: ANORMALIDAD DE ONDA T, POSIBLE ISQUEMIA ANTEROLATERAL - DESVIACION ANORMAL DEL EJE IZQUIERDO - COINCIDENTE CON ENFERMEDADES PULMONARES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                               |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA |  | I259   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-12-10 | 12:15 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 | <br>FIRMA<br>Firmado electrónicamente por:<br>ROXANA ELIZABETH<br>MIRA RODRIGUEZ<br>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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-10 | 12:15 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |