

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	MAURO ISIDORO	30	05	1947	78 años, 8 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301560650	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CAMARETA y	096-934-0519 /
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	1301560650	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 Vascular y Endovascular	2026	02	26
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

MASculino DE 78 años CON ANTECEDENTE DE ANEURISMA DE AORTA DE LARGA DATA, ESTUVO EN SEGUIIMIENTO CON VASCULAR PERO INDICA QUE YA NO LE DIERON NUEVAMENTE CITA Y QUE REQUIERE CONTROL POR ESPECIALIDAD PARA CONTROLAR EL ANEURISMA, REFIERE QUE ES NOTORIA Y VISIBLE Y QUE AL PALPARSE SIENTE EL LATIDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS .- SE EVIDENCIA MASA QUE TIENE LATIDO A NIVEL SUPRAUMBILICAL - A LA PALPACION SE PERCIBE LATIDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL, SIN MENCION DE RUPTURA	I714		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-26	13:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA Firmado electrónicamente por: 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
2026-02-26	13:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	