

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	CHAVARRIA	MANUEL DORONSORO	08	09	1955	69 años, 4 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302118706	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN LUSTIO GILER y RAIMUNDO AVEIGA	093-961-1453 / (05)-369-9422
Ver instructivo	Describir País	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	1302118706	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	01	14
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 clinico

HTA MEDICADO CON LOSARTAN 100 MG QD, AMLODIPINO 10 MG, ATORVASTATINA 20 MG HS, METFORMINA 500 MG, TAMSULOSINA TAABLETA 0.4 MG HS, LEVOTIROXINA 50 MCG, ESPIRONOLACTONA 50 MG, DAPAGLIFOZINA 10 MG, INSULINA INTERMEDIA 20 UI AM. , PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CON ANGINA, VISTO POR CARIDOLOGÍA EN DICIEMBRE, SIN EMBARGO PACIENTE PRESENTA REAGUDIZACIÓN HACE 8 DÍAS, CON DÍSNEA Y CIANOSIS CENTRAL Y PERIFÉRICA INFORMA ADEMÁS CREATININA 1.5 MG/DL YA EN TRATAMIENTO. 0939611453 (JESSICA INTRIAGO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE ANGINA DE PECHO	I208		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	10:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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 clínico

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
2025-01-14	10:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

