

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	DELGADO	GRETTEY FELICIDAD	01	11	1955	70 años, 0 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302293954	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIUDADELA KENEDY y	098-984-9962 / (05)-248-4092
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	1302293954	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	11	10
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 CON APP DE COLON IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO Y DM2 DESDE HACE 2 AÑOS, NO RECUERDA MEDICACIÓN POR QUE CAMBIA HACE 2 SEMANAS, REFIERE MEDICACIÓN ORAL Y QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO EN EL QUE PRESENTA DOLOR PRECORDIAL 8/10 QUE IRRADIA A ZONA ESCAPULAR, NO SUDORACIÓN, QUE IRRADIA A HOMBRO IZQUIERDO Y ZONA ESCAPULAR, DURANTE 4 O 5 DIAS POSTERIOR A LO CUAL DESAPARECE. SE ENVIA A CARDIOLOGÍA PACIENTE CON APP DE DM2. 0989849962.

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
2025-11-10	08:32	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 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
2025-11-10	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

