

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	AVILA	EDGAR ARNULFO	05	07	1950	75 años, 11 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302716053	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VARGAS PAZOS y	099-774-0323 / (05)-236-0133
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	1302716053	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	18
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 MASCULINO DE 75 AÑOS, CON APP: HIPERTENSO EN TTO: ENALAPRIL DE 20 MG, Y DE IAM HCAE 1 AÑO CON CATETERISMO, PACIENTE REFIERE EL REFIERE DOLOR EN EL ABDPMINAL TIPO QUEMANTE QUE SE IRRADIA HACIA PRECORDIO, NIEGA NAUCEAS, VOMITOS, NI DEPOSICIONES LIQUIDAS. EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE SIN ALTERACIONES. PACIENTE REFIERE HABER TENIDO CITA DE CONTROL EN HNDC QUIENES REALIZARON REFERENCIA A TERCER NIVEL PERO QUE NUNCA TUVO EL CONTACTO PARA CITA EN HEP. ACUDE PARA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	I219		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	14:33	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-06-18	14:33	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	