

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MOREIRA	ITALO LIDER	14	11	1952	73 años, 6 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302799554	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BALZAR 1 y	098-508-3308 /
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	1302799554	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	05	19
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 73 AÑOS DE EDAD APP: HTA, AA: NO REFIERE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR FRECUENTE EN REGIÓN TORÁCICA, ASOCIADO A INSOMNIO Y ALTERACIÓN DEL SUEÑO DE PREDOMINIO NOCTURNO. REFIERE ADEMÁS CEFALÉAS RECURRENTES Y EPISODIOS DE DESMAYOS BREVES DE APARICIÓN REPENTINA, CON RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS Y ANTE LA POSIBILIDAD DE PATOLOGÍA DE ORIGEN CARDIOVASCULAR, SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y MANEJO SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA. 0985083308

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	R074		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	14:51	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-19	14:51	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	