

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	ZAMBRANO	PEDRO PABLO	30	06	1946	79 años, 8 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303117251	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	099-208-4549 /
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	1303117251	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	03	30
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 79 AÑOS DE EDAD ACUDE ACOMPAÑADO DE SU HIJA, REFIERE LUMBALGIA + DISMOVILIDAD DE MODERADA INTENSIDAD DE 15 DIAS DE EVOLUCION QUE NO CEDE A ANALGESIA. PACIENTE AL MOMENTO TAMBIEN REFIERE DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, INGURGITACION YUGULAR. A LA AUSCULTACION : TERCER RUIDO EN FOCO PULMONAR. NO ESTA ACOMPAÑADO DE FIEBRE, NO VOMITOS, NO DIARREAS, NO SINTOMAS VIZUALES, REFIERE DISURIA, NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O CIGARRILLOS, REALIZA SUS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA CON BASTANTE DIFICULTAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX EVIDENCIA VERTEBRAS ANQUILOSADAS EN L2-L5. A LA AUSCULTACION: TERCER RUIDO EN FOCO PULMONAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-30	12:01	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-03-30	12:01	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	