

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROCA	ROSADO	ANGEL RAMON	02	08	1961	64 años, 9 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303643991	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE OLMEDO y SN	099-284-6247 /
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	1303643991	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	05	12
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

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE OBESIDAD, LITIASIS RENAL, ESTA SIENDO VALORADO POR NEFROLOGIA, SECUNDARIO A IRA IIIA, PRÓXIMA CITA EN 15 DIAS, AL CHEQUEOP MEDICO ANUAL, SE OBSERVA EKG PATOLÓGICO, NIEGA SÍNTOMAS CARDIOLOGICOS NO DISNEA, NO CIANOSIS, AUNQUE SI REFIERE DOLOR PRECORDIAL ANTERIOR, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA. RIESGO CV A 10 AÑOS: 20% (MUY ALTO). FINDRISK 13 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACIÓN CARDIOLOGICA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, NO ARRITMIAS, NO IMPRESIONA AUMENTO DE CAVIDADES, SIGNOS DE ISQUEMIA (DESCENSO DEL SEGMENTO S-T EN DII Y aVF), Y TRASTORNOS EN LA CONDUCCIÓN: RSR'Pattern(V1).

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO	I256	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	13:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-12	13:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

