

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ZAMBRANO	VIDAL LEONIDAS	26	09	1960	64 años, 4 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304140245	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	RIO VENDIDO y	099-887-2366 /
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	1304140245	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	01	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 DE 64 AÑOS, APP: HTA TTO NO RECUERDA LA MEDICACIÓN. APQX: CATETERISMO CARDIACO HACE UN AÑO. ACUDE POR TENER EPISODIOS INTERMITENTE DE CEFALEA, Y EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES DEVARIOS MESES DE EVOLUCIÓN. ADEMÁS REFIERE ARTRALGIAS Y DOLOR TIPO URENTE QUE SE IRRADIA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN. PACIENTE REFIERE LLEVAR LOS CONTROLES EN EL HOSPITAL NAPOLEON CON CARDIOLOGO, PERO REFIERE PERDER SEGUIMIENTO POR CAMBIO TEMPORAL DE DOMICILIO, PERO YA REGRESO A SU DOMICILIO HABITUAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ACTIVO REACTIVO CON LEVE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES. EXAMEN FISICO NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NÚMERO DE TELÉFONO: 0980783238 / 0982707834

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	I255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	17:22	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-01-30	17:22	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	