

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTES	MUNOZ	EDITA DEL SOCORRO	20	08	1958	67 años, 0 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304415688	MANABI	FLAVIO ALFARO	SITIO EL MONO y SITIO EL MONO	099-597-7847 / (00)-000-0000

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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1304415688	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2025	08	26

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 SIN APP APARENTE , ACUDE REFIRIENDO DISNEAS A LOS MEDIANOS ESFUERZOS , DOLOR EN EL PECHO, TOS SECA DESDE HACE VARIOS MESES DE EVOLUCION POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX EN TELECARDIOGRAMA QUE INFORMA CARDIOMEGLIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)		I119	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-26	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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
2025-08-26	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	