

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	MACIAS	ANGELA MONSERRATE	11	07	1964	60 años, 8 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304437864	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y 098-620-9918 /
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	1304437864	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	03	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad	☒	Saturación capacidad	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL (EXFORGE) E HIPOTIROIDISMO TRATADA CON EUTIROX 100MG. PACIENTE YA CONOCIDA POR EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA ACUDE PARA RENOVAR REFERENCIA Y MANTENER TRATAMIENTO DE ECNT.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RENOVAR REFERENCIA CON CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARDIOPATIA ISQUEMICA	I259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	12:48	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	 Firmado electrónicamente por: DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ

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