

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	MERA	DIVINA MARGARITA	03	02	1939	87 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304441130	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS NARANJOS 1 y MANZANA 2	098-588-8345 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304441130	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	05	05
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

ACUDE POR ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE - AL MOMENTO ESTA CON ASIMETRIA FACIAL DEL LADO DERECHO- PRESENTA TAMBIEN DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO - ADEMAS DE DISPEPSIA Y METEORISMO - SE CANSA Y TIENE DISNEA DE MINIMO ESFUERZO - EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE POR ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE - AL MOMENTO ESTA CON ASIMETRIA FACIAL DEL LADO DERECHO- PRESENTA TAMBIEN DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO - ADEMAS DE DISPEPSIA Y METEORISMO - SE CANSA Y TIENE DISNEA DE MINIMO ESFUERZO - EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	12:12	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Validar Únicamente en FirmaEC. Emisado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS

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 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
2026-05-05	12:12	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	