

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	MORALES	GLORIA BERNALDA	09	10	1966	57 años, 10 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304447814	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA SIXTO DURAN VALLEN y SN	097-950-3389 / (05)-269-9162
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	1304447814	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2024	08	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE HACE UN MES FUE LLEVADA AL HOSPITAL POR PRESENTAR DOLOR PRECORDIAL. LE TOMAN EKG EL CUAL REVELA ANORMALIDADES Y RECOMIENDAN QUE SEA ATENDIDA POR CARDIÓLOGO. POR ESA RAZON LLEGA A ESTA UNIDAD DE ATENCIÓN PARA SU RESPECTIVA DERIVACIÓN. PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, CON OBECIDAD TIPO I. P/A NORMAL.REFIERE QUE SE LLENA DE GASES. DOLOR PRECORDIAL R072

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG: RITMO DEL SINO T NEGATIVO (VI,V2)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-29	09:34	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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
2024-08-29	09:34	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	