

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANCHEZ	JORGE EDISON	08	03	1964	60 años, 6 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304568874	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO SITIO PUEBLO NUEVO y	099-443-6463 /
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	1304568874	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	09	09
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 ACUDE A REVISION DE LABORATORIOS, REFIERE QUE HACE AÑOS ESTUVO TOMANDO METFORMINA 850MG/D PERO HACE 2 AÑOS YA DEJO TOMAR MEDICACION, REFIERE QUE LABORA COMO ALBAÑIL, REFIERE DOLOR TORACICO ES PORADICO TIPO OPRESIVOY TAMBIEN DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES TRAE HOLTER EKG, EX DE CURVA DE TOLERANCIA DE GLUCOSA 107.04, GLUCOSA EN ORINA NEGATIVO, ANTECEDENTE QUIRURGICO, APENDICECTOMIA HACE 8 AÑOS, O ALERGIAS,NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES, HBAITOS ALCOHOL BEBEDOR SOCIAL,CIGARROS 3 UNA VEZ POR SEMANA, AL MOMENTO REFIERE CUADRO DE TOS CON EXPECTORACION MUCOSA, NO FIEBRE, NIEGA FLUIDO NASAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA DEL HAZ Y LOS NO ESPECIFICADOS	I451		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-09	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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