

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	BERMELLO	RAMON AGUSTIN	18	11	1934	91 años, 1 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304871062	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	BIJAHUAL y	093-935-8210 /
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	1304871062	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	01	12
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

USUARIO ADULTO LONGEVO CON ANTECEDENTE DE HTA DE LARGA DATA EN TTO CON LOSARTAN 100,G QD HOY ACUDE CON EKG DE 6 DERIVACIONES QUE DA DX ELECTROCARDIOGRAFICO DE INFEARTO INFERIOR... POR LO QUE SE ROTA MEDICAMENTO A BISOPROLOL 2.5 MG QD 8PM + ACIDO ACETILSALICILICO 100MG 5 PM.... ID. INFARTO ANTERIOR DE CARA INFERIOR.... PLAN: INTERCONSULTA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION Y DECISION TERAPEUTICA POR EDAD SEXO Y CONDICION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: EKG DE 6 DERIVACIONES: RITMO SINUSAL RSR PATTERN V1, V2 INFARTO INFERIOR II, III Y AVF

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFARTO SUBSECUENTE DEL MIOCARDIO DE LA PARED INFERIOR	I221		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	14:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-01-12	14:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

