

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	BELLA CARLINA	12	01	1965	60 años, 8 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305487058	MANABI	CHONE	CANUTO	AVDA AMAZONAS y	099-074-8050 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305487058	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	01
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 FEMENINA DE 60 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADROS DE DOLOR PRECORDAL A REPETECIÓN, SIN IRRADIACION EVA 8/10, QUE CAUSA DIAFORESIS Y AGITACIÓN. SIN OTRO SINTOMA ACOMPAÑANTE REFERENTE A ESE CUADRO. ADEMAS REFIERE EPIGASTRALGIAS RECURRENTES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADA, COLABORADORA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADROS DE DOLOR PRECORDAL A REPETECIÓN DE MANERA ESPORÁDICA, SIN IRRADIACION EVA 8/10, QUE CAUSA DIAFORESIS Y AGITACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	I209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	09:35	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2025-10-01	09:35	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	