

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	CEDEÑO	DOLORES ISABEL	01	05	1953	72 años, 4 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305568865	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN TARQUI y	099-915-6867 / (99)-999-9999
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	1305568865	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR		Consulta externa	Cardiología	2025	09	10	
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

CONTROL- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON MIALGIAS - CEFALEA -
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON MIALGIAS - CEFALEA -- ESTA EN TRATAMIENTO CARDIOLOGICO EN ESA UNIDAD OPERATIVA- HA SIDO INTERVENIDA CON APLICACION DE STEND - AL MOMENTO ESTA CON DISNEA DE MEDIANO ESFUERZO - CANSANCIO - LEVE DOLOR PRECORDIAL - SE REENVIA REFERENCIA PARA CONTINUAR TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO	I256	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	11:39	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-10	11:39	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	