

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	CEDEÑO	DOLORES ISABEL	01	05	1953	72 años, 7 meses, 25 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	BAHIA	Consulta externa	Cardiología	2025	12	26
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 72 AÑOS SE REALIZA CONTROL MEDICO CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, BRONQUIECTASIAS Y CARDIOPATIA ISQUEMICA CON COLOCACIÓN DE DOS STEND CORONARIOS, PATOLOGIAS CRONICAS EN TRATAMIENTO CON ESPECIALIDAD, REFIERE QUE PRESENTA DOLOR EN LA ESPALDA DE FORMA OCASIONAL, PRESENTA TOS MATUTINA CRONICA, FAMILIAR INDICA QUE TIENE SEGUIMIENTO CON CARDIOLOGIA Y NEUMOLOGIA EN BAHIA Y QUE REQUIERE REFERENCIA YA QUE SE LE SOLICITO DE PARTE DE CARDIOLOGIA PARA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS AL MOMENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	I259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-26	12:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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
2025-12-26	12:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	