

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	CEDEÑO	DOLORES ISABEL	01	05	1953	73 años, 1 meses, 16 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 NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	17
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

73 AÑOS DE EDAD , HTA EN TTO. DM2 EN TTO , ANTECEDENTE DE BRONQUIECTASIAS , NO ALERGIA MEDICAMENTOS , REFIERE CATETERISMO HACE 3 AÑOS... INFORME DE TAC 2021 : BRONQUIECTASIAS DE ASPECTO SACULAR Y TUBULAR A NIVEL DEL LSD TRAZO FIBROSIS SECUELAR A NIVEL DE AMBOS CASQUETES PLEURALES.... ACDUE AL CONTROL , NIEGA HEMOPTISIS.. , REFIERE DOO RTN HEMIOIOTRAX POSTERIOR.. ESTA CON TOS CON FLEMA COLOR AMARILLO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	13:53	Medicina General	VERONICA MARGARITA CEDEÑO MENDOZA	1307460491	

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
2026-06-17	13:53	Medicina General	VERONICA MARGARITA CEDEÑO MENDOZA	1307460491	