

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	MEJIA	JOSE ALVARO	12	10	1973	51 años, 2 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306520659	MANABI	CHONE	SANTA RITA	14 DE AGOSTO y	099-545-5614 /
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	1306520659	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2024	12	23
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 MASCULINO DE 51 A, AP: NR, AF: REFIERE QUE PADRE MURIO DE INFARTO, AQX: NR. ACUDE A CENTRO MEDICO POR CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL DIARIO EL CUAL EMPEORA ANTE ESFUERZOS LEVES (CAMINAR DISTANCIAS MODERADAS) Y SE ACOMPAÑA DE DISNEA G2, CAUDRO INICIO EN SEPTIEMBRE DE ESTE AÑO, MANIFIESTA QUE ANTE SINTOMAS ACUDIO A CARDIOLOGO PARTICULAR EL CUAL DIAGNOSICO ISQUEMIA SUBEPICARDICA + BLOQUEO DE RAMA DERECHA , POSTERIORMENTE RECIBIO ATENCION EN ESTE CS , MEDIO POR EL CUAL CONSIGUI REFERENCIA PARA MI, DONDE FUE DERIVADO A CARDIOLOGIA Y SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD. AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN TTO CON: ATOVASTATINA 40 MG, CLOPIDROGEL 75MG, BISOPROLOL 1.25 MG, ESPIRONOLACTONA 25MG. SE REALIZA REFERENCIA PARA CONTROL DE CASO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE CON EKGS LOS CUALES REPORTAN:ISQUEMIA SUBEPICARDICA DE CARA ANTERIOR E INFERIOR + BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANGINA INESTABLE	I200	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-23	23:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-23	23:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

