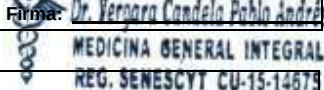


MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA****I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA		VERA		MARY ELENA		03	08	1969	55	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria				N° Telefonico
Ecuatoriana	Ecuador	1306716935	13	1311	131150	AZUCENA - COMUNIDAD LISONDRO				0967514254 - 0980036805
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia					convencional/celular

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		1306716935		San Sebastián		CS		13D08		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital General Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Cardiología		19	02	2025
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutive		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐			
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐			
Falta de profesional		3	☐	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
Paciente femenina de 55 años de edad, refiere palpitaciones, hormigueo, dolor precordial, disnea de medianos esfuerzos, parestesias, cianosis peribucal y del lecho ungueal, causando lipotimia, sincope y dificultad para conciliar el sueño, por tal motivo se refiere a cardiología.										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnosticos										
PENDIENTES A REALIZAR.										
5. Diagnostico										
						CIE-10	PRE	DEF		
1	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO					R074	X			
2	SINCOPE Y COLAPSO					R55X	X			
Nombre del Profesional: Pablo Vergara						Codigo MSP: 1312051574		Firma: 		

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales											
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio	
Contrareferio o Referencia inversa a:								Fecha			
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia	Mes	Año	
2. Resumen del cuadro clinico											
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnosticos											
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados											
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa											
						CIE-10	PRE	DEF			
1											
2											
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad											
Nombre del profesional especialista:						Codigo MSP:		Firma:			
MSP/DNEAIS/form.053						7. Referencia Justificada					