

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	ZAMBRANO	MARCOS ANTONIO	20	10	1968	57 años, 7 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306860600	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BETILLAL y	099-423-8093 /
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	1306860600	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	06	03
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 57 AÑOS DE EDAD, APP: HTA TRATADO CON LOSARTAN 50MG QD, AA: NO REFIERE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR INICIAL EN MUÑECA IZQUIERDA, QUE SE IRRADIA PROGRESIVAMENTE A ANTEBRAZO, BRAZO Y HASTA REGIÓN PRECORDIAL IZQUIERDA. DESCRIBE EL DOLOR COMO OPRESIVO Y PUNZANTE, DE INTENSIDAD CRECIENTE, ASOCIADO A HORMIGUEO Y ADORMECIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. PRESENTA ADEMÁS FATIGA MARCADA, CANSANCIO GENERALIZADO, DEBILIDAD, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE CON ESFUERZOS MÍNIMOS, PALPITACIONES OCASIONALES, MAREO, DIAFORESIS INTERMITENTE Y DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. EN LAS ÚLTIMAS HORAS REFIERA INCREMENTO DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR TORÁCICO Y DEL HORMIGUEO EN BRAZO IZQUIERDO, CON PERSISTENCIA DE LA FATIGA Y MALESTAR GENERAL. POR LA CARACTERÍSTICA DEL DOLOR, SU IRRADIACIÓN AL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR CARDIOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, DESCARTE DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	I209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	08:16	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-03	08:16	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

