

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NIEVE	GARCIA	LLUNIOR JOSE	02	08	1968	56 años, 2 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307007912	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JULIO BARBERAN y SN	096-866-8285 /
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	1307007912	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	2024	10	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA AORTICA SEVERA INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA DG HACE 12 AÑOS CON RESOLUCION QUIRURGICA HACE 2 AÑOS 6 MESES REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL Y AORTICA MECANICA EN ANTICOAGULACION CON WARFARINA 5 MG CADA DIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, CONCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, REFIERE DISNEA CLASE FUNCIONAL NYHA II. REFIERE QUE LLEVABA CONTROL CON CARDIOLOGIA PERO SE PERDIO LA CITA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON REEMPLAZO VALVULAR HACE DOS AÑOS QUE REQUIERE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR CARDIOLOGIA, LO LLEVABA PERO PERDIO LA CITA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PRESENCIA DE OTROS INJERTOS Y PROTESIS CARDIOVASCULARES	Z958		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	11:33	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	



Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2024-10-09	11:33	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	