

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	MACIAS	LUIS ARISTIDES	16	04	1974	51 años, 7 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307894129	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV AMAZONAS y	096-916-4456 /
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	1307894129	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	2025	12	01
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 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE 2 IAM HACE 26 AÑOS, AQX: APENDICITIS AGUDA HACE 9 AÑOS, ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 48 HORAS DE DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN PECHO DE TIPO OPRESIVO QUE SE ACOMPAÑA DE PARESTESIA EN CARA, MANOS, PIERNAS ADEMÁS REFIERE DISNEA EN REPOSO INCLUSO, CATALOGANDO COMO NYHA IV, Y DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA, INDICA MAREOS, NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. SE CATALOGA COMO UNA IC POR LO QUE SE REFIERE A UO DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICO DE ACUERDO A CRITERIOS DE FRAMINGHAN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	13:10	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



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
2025-12-01	13:10	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	