

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	YANET MARIA	30	10	1974	51 años, 7 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308038759	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RANCHO VIEJO y	098-837-3980 / (09)-864-2745
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	1308038759	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	24
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 ACUDE CON HOJA DE CONTRAREFERENCIA, REFIERE QUE LE REALIZARON CATETERISMO CON COLOCACION DE STEN POR TAPONAMIENTO ARTERIAL HACE 5 DIAS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL E HIPOTIROIDISMO, PRESENTO DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, DOLOR TORACICO EKG RITMO SINUSAL, ACTUALMENTE TOMA BISTENZID 40/5/12.5MG AC SALICILICO 100MG, CLOPIDROGEL 75MG/D, ATORMIDE 40/10MG/D, ESPIRONOLACTONA 25MG, EMPAGLIFOZINA 10MG, BISOPROLOL 1.25MG,
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CATETERIZACION CARDIACA	Y840		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	09:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-06-24	09:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

