

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONCAYO	BARRE	GALO ROLANDO	21	04	1975	50 años, 3 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308274859	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	098-574-6892 /
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	1308274859	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	07	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 MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ALERGIA NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR PRECORDIAL TIPO OPRESIVO EN REGION RETROESTERNAL QUE SE IRRADIA HACIA PECTORAL MAYOR IZQUIERDO. DURANTE LA CONSULTA SE REALIZA EKG EN EL CUAL SE EVIDENCIA POSIBLE BLOQUEO DE RAMA DERECHA EN V1. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ACTIVO REACTIVO ORIENTADO EN 3 ES FERAS CABEZA NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATIAS, ACANTOSIS NIGRICANS, NARIZ PERMEABLE OROFARINGE ERITEMATOSA, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS NO PRESENTA EDEMA. SE REALZIA REFERENCIA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR PRECORDIAL	R072		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	15:52	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-07-24	15:52	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

