

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GIL	LUCA	IPROCRATE CICERON	16	12	1973	52 años, 6 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308510211	MANABI	CHONE	BOYACA	DACA 2 y	0990783183 /
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	1308510211	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología		2026	06	16
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 con app de asma acude a casa de salud después de haber estado hospitalizado por tres días en hospital general de Chone por presentar dolor torácico agudo incapacitante que se acompañaba de disnea grado 4 mas periodos de hipotensión con requerimiento de oxigeno complementario con canula nasal a 2 litros por minuto. Se realizo electrocardiograma que reporta 150 pr con reporte de bradicardia sinusal mas reporte de troponina de 0.14. Se requiere valoración por cardiología para control de enfermedad de base.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

11/06/2026 Ecocardiograma Bedside que reporto volumen sistólico 49 - Vti 18 - gasto cardiaco 2.8 - sin signos de bajo gasto cardiaco - Fevi 50% por Simpsons. Lactacto 1.5

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANGINA INESTABLE	I200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	14:43	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	

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
2026-06-16	14:43	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	