

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	MARYURI ANNABEL	26	04	1974	51 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308721602	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	099-266-3867 /
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	1308721602	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	01	26
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 FEMENINA DE 51 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE [HTA], QUIEN ACUDE POR PRESENTAR DOLOR TORÁCICO DE TIPO ANGINOSO, LOCALIZADO EN REGIÓN RETROESTERNAL, DE CARÁCTER OPRESIVO, CON IRRADIACIÓN A [BRAZO IZQUIERDO Y ESPALDA], ASOCIADO A DISNEA Y PALPITACIONES, DE 10 MINUTOS DE DURACIÓN, DESENCADENADO POR ESTRES Y QUE CEDE PARCIALMENTE CON REPOSO Y/O MEDICACIÓN. REFIERE NO HABER TENIDO VALORION POR ESPECIALIDAD HACE UN BUEN TIEMPO. EN SU ULTIMA ATENCION DEL CENTRO DE SALUD REFIERE ESTAR EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG TABLETAS PRESENTANDO SINTOMAS DE DISNEA Y SUSPENSIÓN DEL FARMACO POR VOLUNTAD PROPIA. A SU LLEGADA AFEBRIL, ORIENTADA, COLABORA CON LA INSPECCION FISICA Y EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	I209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	13:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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
2026-01-26	13:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

