

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MONCAYO	CIELO RAMONA	11	07	1978	47 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308872611	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA HUMEDAD y	097-938-5334 /
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	1308872611	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	07	28
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 FEMEMINA DE 47 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO DE DISNEA DE PEQUEÑOS A MEDIADOS ESFUERZOS, DOLOR PRECORDIAL Y CALOR CORPORAL DE 3 DIAS DE EVOLUCION, PACIENTE REFIERE QUE SE HIZO UNA RADIOGRAFIA DE PECHO HACE MAS DE 2 AÑOS DONDE LE DIAGNOSTICO EL CARDIOLOGO QUE PADECIA DE CARDIOMEGALIA, SE SUGIERE REFERENCIA CON CARDIOLOGIA PARA MEJOR VALORACION DE LA PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX TORAX: SE PUEDE EVIDENCIA CARDIOMEGALIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARDIOMEGALIA	I517		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	15:05	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	

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
2025-07-28	15:05	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	