

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	DELGADO	JOSE GREGORIO	02	12	1978	47 años, 4 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309431474	MANABI	CHONE	RICAUARTE	BARRIO LA PEGA y	099-702-0450 /
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	1309431474	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	04	23
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

MASculino DE 47 años ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 50 MG QD Y HABER PRESENTADO UN INFARTO AL MIOCARDIO POR LO QUE AHORA ESTÁ EN TRATAMIENTO CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG QD; SE HA REALIZADO 3 PROCEDIMIENTOS DE REVASCULARIZACIÓN, SIENDO EL ÚLTIMO EL 20/11/2026 PARA LO CUAL NO HA TENIDO CONTROLES SUBSECUENTES DESDE ENTONCES POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN DE CONTROL POR ESPECIALISTA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HOLTER (NOVIEMBRE 2025): INFRADES NIVEL DEL ST
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO	I252		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	09:01	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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 clínico

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
2026-04-23	09:01	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	