

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GARCIA	FREDDY DARIO	22	06	1979	46 años, 10 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309476602	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JUAN MONTALVO y	099-424-4516 /
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	1309476602	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	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

PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, REFIERE QUE FUE ATENDIDO EN EL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR POR EL CARDIOLOGO, HACE AÑO Y MEDIO, Y LE REALIZARON NUEVAMENTE EL EKG, MAPEO Y PRUEBA DE ESFUERZO, LE CAMBIARON TERAPÉUTICA DEL ANTIHIPERTENSIVO, LE ORDENARON BATERIA DE EXAMENES, SOLICITA ATENCIÓN SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD. AL MOMENTO PA 99/65 mmHG.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN CARDIOLOGICA SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO	I256		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	11:52	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-23	11:52	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	