

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	VERA	PEDRO LEONIDAS	11	03	1965	60 años, 3 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309631339	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 2 y X	096-716-3151 / (99)-485-5183
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309631339	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	07	03
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 DE 60 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA MÉDICA. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: DISCAPACIDAD FISICA ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: SE EVIDENCIA CICATRIZ CRUZANDO PEZON IZQUIERDO (PACIENTE NO ESPECIFICA DE QUE) ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. PACIENTE REFIERE QUE EL DIA ANTERIOR EN EMERGENCIA POR CUADRO CLINICO DE DOLOR PRECORDIAL. TRAE CONSIGO FORMULARIO DE CONTRAREFERENCIA QUE SUGIERE REALIZAR REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA POR CARDIOLOGIA. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA O NEUROLÓGICA. EN EL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE ALERTA, COOPERADOR, BIEN HIDRATADO, NORMOCOLORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES. TÓRAX SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES ÍNTEGRAS, FUERZA Y MOVILIDAD CONSERVADAS, SIN EDEMAS NI SIGNOS DE TROMBOSIS. FUNCIONES NEUROLÓGICAS SUPERIORES ÍNTEGRAS, ORIENTADO/A EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. SIN ALTERACIONES CUTÁNEAS EVIDENTES. HÁBITOS DE VIDA REFERIDOS: NO FUMADOR, NO CONSUME ALCOHOL NI SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NO SE IDENTIFICAN SIGNOS DE ALARMA NI FACTORES DE RIESGO INMEDIATOS. TAMIZAJE DE VIOLENCIA REALIZADO: NEGATIVO. SE REALIZA CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, SALUD MENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. SE RECOMIENDA MANTENER CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS. SE SOLICITA REFERENCIA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG: TRASTORNO DE REPOLARIZACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-03	20:04	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-07-03	20:04	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	