

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	CEDENO	MARLENE	15	07	1975	50 años, 3 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309973335	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE	0981704721
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígito	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	1309973335	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	30	10	2025
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 clinico

FEMENINA DE 50 AÑOS APP: HIPERTENSA APQ: CATETERISMO, CUP1. LLEGA CON DOCUMENTO DE REFERENCIA DE LA CLINICA SAN ANTONIO DE PADUA POR CATETERISMO, SOLICITA CONTROL DE CARDIOLOGIA, CP VENTILADOS, MV PRESENTE, RC FUERTES AUDIBLES Y RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LLEGA CON DOCUMENTO DE REFERENCIA DE LA CLINICA SAN ANTONIO DE PADUA POR CATETERISMO, SOLICITA CONTROL DE CARDIOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I519		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-30	11:29	MedicinaRural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	131477904	 Holger Yefrey Munoz Mantilla Time Stamping Security Data

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
2025-11-11	11:29	MedicinaRural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	