

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	RODRIGUEZ	KETTY ANGELICA	24	03	1980	45 años, 4 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310045859	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHIMBORAZO y COTAPAXI	098-574-6892 / (99)-999-9999
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	1310045859	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	07	24
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 FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: SALPINGECTOMIA BILATETAL, ALERGIA NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA POR CONTROL. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO OPRESIVO EN REGION RETROESTERNAL QUE SE IRRADIA HACIA REGION CERVICAL Y DORSAL, PACIENTE MENCIONA QUE DURANTE LA CRISIS DE DOLOR PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, PALPITACIONES Y HA NOTADO QUE CAMBIA LA COLORACION DE LAS UÑAS (CIANOSIS) AL EXAMEN FISICO PACIENTE ACTIVO REACTIVO ORIENTADO EN 3 ESFERAS CABEZA NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATIAS NARIZ PERMEABLE OROFARINGE ERITEMATOSA, HIPERTROFIA DE AMIGDALAS GRADO IV TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS NO PRESENTA EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	15:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-07-24	15:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

