

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	ZAMBRANO	ANGELICA FERNANDA	05	08	1980	45 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310160195	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	6DE DICIEMBRE DATA MARTHA y SIN NOMBRE	098-283-4192 / (99)-999-9999
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	1310160195	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE BOCIO NO TOXICO , DIABETES MELLITUS , ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA LA CUAL ES MANEJADA POR CARDIOLOGIA EN EL H.N.D.C. SIN EMBARGO EN SU ULTIMA CONSULTA NO PUDO ACUDIR A LA CITA Y ACUDE POR RENOVACIÓN DE REFERENCIA, ADEMAS PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA HOLOCRAKEAL INTENSIDAD 9/10 QUE LLEVAN AL VOMITO, OCURREN 2-4 VECES POR SEMANA, CADA VEZ SON MAS INTENSAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE YA CONOCIDA POR EL SERVICIO, SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-23	11:21	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

