

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEDEÑO	DIOGLOVITA LIDIA	13	03	1936	89 años, 4 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310626328	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA TILDA y	098-810-4786 /
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	1310626328	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	08	05
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 89 AÑOS DE EDAD, APP: HTA (LOSARTAN 50MG), ASMATICA. ES TRAIDA AL CENTRO DE SALUD POR SU HIJA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DISNEA DE PEQUEÑO A MEDIADO ESFUERZO, DOLOR EN EL PECHO, TOS SECA DE 3 DIAS DE EVOLUCION, PACIENTE COMENTA QUE TODO LO QUE COME LO VOMITA DEBIDO A QUE SE SIENTE LLENA, PACIENTE REGISTRA PRESIONES ELEVADAS AUN TOMANDO SU MEDICACION POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA CON CARDIOLOGIA PARA MEJOR VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TA: 174/80

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR PRECORDIAL	R072	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	15:40	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	

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
2025-08-05	15:40	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	