

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	BRAVO	CRISTIAN REINALDO	04	10	1981	44 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310747355	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SD y SD	098-721-8120 /
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	1310747355	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	31
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 44 AÑOS DE EDAD, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: SOPLO NO ESPECIFICADO. REFIERE QUE HACE MAS DE UN MES PRESENTÓ PALPITACIONES Y FUE ATENDIDO EN EL AREA DE EMERGENCIA DE ESTA UO, HACE UNA SEMANA PRESENTÓ DOLOR TIPO PESADEZ EN EL HOMBRO IZQUIERDO (LOCALIZADO QUE DURÓ UNAS HORAS LUEGO DESAPARECIÓ SIN TTO. ADEMÁS REFIERE DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y CANSANCIO AL SUBIR PENDIENTES MUY ALTAS, COMUNICA QUE EN SU NIÑEZ HASTA LOS 16 AÑOS SE DESVANECIA CON FACILIDAD SE EXACERBABA EN LOS ESPACIOS QUE TENÍAN AIRE ACONDICIONADO, SE AUSCULTAN EN LOS 4 FOCOS SOPLO DE INTENSIDAD 3-4. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	21:06	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-31	21:06	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

