

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CHAVARRIA        | MURILLO          | INGRI THALIA | 10                  | 04  | 1996 | 30 años, 0 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310780471        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SITIO CAMARETA y             | 098-333-7022 / (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                 | 1310780471      | 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  |  | 2026  | 05  | 07  |
| 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 ACUDE CON REFERENCIA DESDE U.O SANTA RITA DEBIDO A QUE VIENE PRESENTANDO DOLOR PRECORDIAL DESDE HACE MAS DE 6 MESES LOS CUALES SE HAN TORNADO MUCHO MAS CONTINUO, INCLUSO CAUSA DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES DIARIAS EN EL HOGAR COMO BARRER O LAVAR, EL DOLOR EMPIEZA CON PARESTESIAS EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y SE FOCALIZA EN REGIÓN PRECORDIAL, EL CUAL VA CEDIENDO AL GUARDAR REPOSO. MENCIONADO DOLOR ES OPRESIVO Y QUEMANTE, ÚLTIMAMENTE IMPOSIBILITA CONCILIAR EL SUEÑO DE ESTE LADO DEL CUERPO, ADEMAS CAUSA FATIGA Y SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE (DISNEA) TRAE EKG SE OBSERVAN ALTERACIONES DE LAS ONDAS EN SEGMENTOS V3, V4, V5, V6 Y DEL QRS, POR LO QUE SE RECOMIENDA NUEVO ESTUDIO Y EVALUACIÓN DEL CASO.- COMENTA EPISODIOS DE STRESS QUE LA MANTIENEN A TENSIÓN PERO ` POR TIEMPO DE SINTOMATOLOGÍA SE REQUIERE EVALUACIÓN MAS PROFUNDA.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | I209   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                   |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-07 | 09:28 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 | <br>Validar únicamente en FirmaBC.<br>Firmado electrónicamente por:<br>MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-07 | 09:28 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |

