

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MACIAS	SANTA LUCIA	08	01	1967	59 años, 1 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311121931	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	VIA MASCARA y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311121931	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	02	25
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 59 AÑOS DE EDAD HIPERTENSA CONTROLADA CON LOSARTAN 50MG CADA DIA ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO QUE TIENE DOLOR ABDOMINAL DE 3 DIAS DE EVOLUCION TIPO COLICO EVA 8/10 EN REGION DE HIPOGASTRIO, ADICIONAL REFIERE SECRESION Y MAL OLOR EN ZONA GENITAL. PACIENTE REFIERE ADEMAS CUADRO DE DOLOR DE OIDO HACE 4 AÑOS QUE HACE 4 DIAS TIENE SALIDA DE MATERIAL PRULENTO Y SANGRE POR OIDO IZQUIERDO. ADICIONAL REFIERE DOLOR PRECORDIAL DE 15 DIAS DE EVOLUCION, JUNTO CON HOJA DE EMERGENCIA QUE RECOMIENDA REFERENCIA A CARDIOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HIPERTENSA, CON OBESIDAD PRESENTA DOLOR PRECORDIAL Y SENSACION DE FALTA DE AIRE, SE ENVIA A REALIZAR ELECTROCARDIOGRAMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	11:27	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	

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
2026-02-25	11:27	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	