

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	MOREIRA	MARIA EUGENIA	09	11	1981	44 años, 1 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311387383	MANABI	CHONE	BOYACA	AV SIXTO DURAN y CDLA MODERNA	999-999-9999 /
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	1311387383	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	12	30
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 REFIERE TAQUICARDIA, SENSACION DE AHOGO, DISNEA LEVE DE MODERADO ESFUERZO, A LA TOMA DE PRESION CIFRAS TENSIONALES MODERADAMENTE ELEVADAS, CEFALEA ES PORADICA DE MODERADA INTENSIDAD, REFEIRE HABERS E REALIZADO ELECTROCARDIOGRAMA CON RESULTADO NORMAL. ADEMÁS, MENCIONA LIPOTIMIA EN VARIAS OCACIONES Y DOLOR PRECORDIAL LEVE. SE REALIZA REFERENCIA PARA CARDIOLOGIA PARA VALORACION Y POSTERIOR TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

096 996 3792

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA		I519	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	19:03	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-12-30	19:03	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	