

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	BRAVO	FATIMA ALEXANDRA	17	08	1987	38 años, 5 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312059940	MANABI	CHONE	CONVENTO	SITIO LA ALIANZA y	096-936-1106 / (05)-302-9011
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	1312059940	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	01	20
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 DE 38 AÑOS DE EDAD REFIERE DOLOR TIPO OPRESIVO DE 1 AÑOS DE EVOLUCION, ADEMAS DISNEA DE MINIMOS ESFUERZOS DE 30 DIAS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE DOLOR PRECORDIAL, HA TOMADO ETORICOXIB 120 MG QD POR 7 DIAS. ACUDE EL DIA DE AYER A REALIZARSE EKG EN CHONE POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA QUIEN A SU VEZ ENVIA CLOPIDOGREL DE 75 MG QD. FUM: 12/12/2025. AGO: G2 P1 C1 A0. SALPIGECTOMIA BILATERAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: BRADICARDIA CON RITMO REGULAR, ONDA Q PATOLOGICA, ONDA R PROMINENTE, ONDA T NEGATIVA EN V1 Y V2.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	09:17	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-01-20	09:17	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	