

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ZABANDO	JENNIFER BARBARA	23	06	1992	33 años, 1 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313212928	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	097-878-3367 / (99)-833-6044
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	1313212928	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	07	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

QUE ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA CARDIOLOGIA, PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO, APP PACIENTE OPERADA 06/06/2025 CIRUGIA CARDIOTORACICA, DONDE DE REALIZO CINECORARIOGRAFIA POR LESION ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR LESIO SEVERA OSTIAL PROXIMAL Y LESIO INTERMEDIA DEL TERCIO MEDIO, RETROESTENOSIS INTRASTEN DE TERCIO MEDIO DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA NO DOMINANTE, TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO, (OPERADA EN CLINICA PRIVADA, POR REFERENCIA DEL HEP POR MEDIO DE RED COMPLEMENTARIA DE SALUD) AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON MEDICAION PRESCRITA POR ESPECIALIDAD, TIENE UN REFERENCIA EN ESPERA DE ASIGNACION DE CITA EN HSPTL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	I219		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	15:28	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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

