

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	ANA BEATRIZ	25	02	1998	28 años, 2 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314007244	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LIMON VIA CANUTO y	098-512-3201 /
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	1314007244	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	15
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

☐

EMBARAZADA CON APP DE INSUFICIENCIA DE VÁLVULA MITRAL

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE GESTANTE CURSA 27 SEMANAS DE GESTACIÓN, INDICA QUE PRESENTA UNA INSUFICIENCIA DE LA VÁLVULA MITRAL ,POR LO QUE REQUIERE CONTROL CON CARDIOLOGIA SEGÚN LE EXPRESARON EN CONTROL ANTERIOR.-ADEMAS INDICA QUE EN EMBARAZO ANTERIOR FUE REFERIDA A HOSPITAL EN GUAYAQUIL PARA CONTINUAR SU CONTROL DE EMBARAZO, SE REQUIERE EVALUACIÓN POR ESTA ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS NO REUMATICOS DE LA VALVULA MITRAL	I348	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	11:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: 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
2026-05-15	11:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

