

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	CHEME	LADY LAURA	01	11	2001	24 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314889666	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	PAQUISHA y	099-044-8523 /
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	1314889666	RESBALON	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	12
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 clinico

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR HACE MAS DE UN MES DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO EVA 7/10, EL CUAL SE IRRADIA A BRAZO IZQUIERDO, MANIFIESTA DOLOR OPRESIVO, SE REALIZA EKG QUE REPORTA ELEVACION DEL SEGMENTO ST QUE NO RESPETA CARA Y REPOLARIZACION PRECOZ, SE ENVAN ENZIMAS CARDIACAS QUE REPORTAN TROPONINAI 6 NG/L, TROPONINA T 3.11 PG/ML, CK-MB 1 NG/ML, MANIFIESTA CANSANCIO AUNQUE ESTE ACOSTADA MAS FALTA DE AIRE, CON DESMAYOS EN 3 OCASIONES, PRESENTADO FEBRICULA CONSTANTE DESDE QUE EMPEZO CON EL DOLOR EN HORAS DE LA NOCHE. CON INFLAMACION EN AREA MENCIONADA Y TAQUICARDIA CONSTANTE. ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/R

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES DEL LATIDO CARDIACO Y LAS NO ESPECIFICADAS		R008		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	09:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDEÑO	1311854960	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDEÑO

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
2026-06-12	09:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDEÑO	1311854960	