

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ANDRADE          | GILER            | TALINA MICHEL | 14                  | 06  | 2002 | 23 años, 8 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314996479        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | GASPAR y                     | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1314996479                               | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Cardiología  | 2026           | 02  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS ACOMPAÑADO DE DOLOR OPRESIVO DE MODERADA INTENSIDAD EN TORAX, TORAX EXCAVADO DESDE NIÑA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, COLABORADORA, AFEBRIL. SE REvisa RX EN LA CUAL SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA TRAMA VASCULAR AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON DISNEA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGIA |
|--------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| DISNEA      | R060   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-23 | 14:03 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-23 | 14:03 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |