

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RESABALA	BRAVO	JOSSELIN MAGDALENA	23	05	1996	28 años, 7 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315120210	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO CABELLO y SITIO CABELLO	096-774-2412 /
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	1315120210	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
ISSPOL	CENTRO DE SALUD CHONE	Consulta externa	Cardiología	2025	01	08	
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

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑO SIN PATOLOGIAS DE BASE. APF: PADRE LEUCEMIA; HTA; ABUELO: PATOLOGIA CARDIACA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR PALPITACIONES + DOLOR DE PECHO Y REFIERE DISNEA. NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FÍSICO NO SE EVIDENCIAN PATOLOGIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO CUENTA CON LABORATORIOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR PRECORDIAL	R072	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-08	09:38	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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