

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAVICENCIO	MOREIRA	KEVIN ANTONIO	10	03	2004	21 años, 4 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316749413	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y URBANIZACION LA QUINTA	098-434-2770 /
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	1316749413	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	22
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

REFIERE DESDE HACE 6 MESES PRESENTA DOLOR DE PECHO EL CUAL SE IRRADIA HACIA EL BRAZO IZQUIERRDO ACOMPAÑADO DE SENSACION OPRESIVA, CON DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, EL CUAL CEDE CON EL REPOSOS A LAS 2 HORAS, NO REFIERE AUTOMEDICARSE, ANTECEDENTE QUIRURGICO NIEGA, HABITOS TOXICOS NUEGA CIGARRILLO, ALCOHOL BEBEDOR SOCIAL, NIEGA DROGAS, ALERGIAS NINGUNA, ACTIVIDAD FISICA IBA AL GYM DEJO DE IR HACE UN AÑO, TOMABA CREATINA POR 7 MESES, ANTECEDENTE DE EKG CON BRADICARDIA SINUSAL, ANTECEDENTE FAMILAIR ABUELA MATERNA DM2. ACTIVDAD LABORAL PANADERIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION PR ESPECIALDIAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE ANGINA DE PECHO	I208	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-22	09:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

