

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	VERA	GLORIA ESTEFANIA	03	03	2002	24 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317335386	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA CALCETA y	098-156-3851 /
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	1317335386	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	06	04
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 clínico

USURIAO CON ANTECEDENTE DE ALTERACION ELECTROCARDIOGRAFICA CON INVERSION DE ONDA T EN SEGMENTO V3 Y V4... AL MOMENTO USUARIO ACUDE POR DOLOR PRECORDIAL LEVE MODERADO DE 2 MESES DE EVOLUCION EN PRECORDIO QUE SE IRRADIA BRAZO IZQUIERDO CON HEMIPRESTESIA... AL EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS BUEN DESDOBLAMIENTO NO RUIDOS AGREGADS... ID: ANGINA INESTABLE... PLAN: NIMODIPINO 30MG QD 8PM + ASA 100MG QD 5PM... DX: ELECTROLITOS + TSH.... REFERECIA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: ELECTRO FLAT V5 INVERSION ONTA T EN SEGMENTO V3 Y V4 BODERLINE ANORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANGINA INESTABLE	I200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	08:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-06-04	08:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	