

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	MALA	DANNA BRISNEY	20	07	2010	15 años, 11 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350622369	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	098-905-4884 /
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	1350622369	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	17
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

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS QUE ACUDE A CONTROL POSPARTO. REFIERE ENCONTRARSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES; SIN EMBARGO, MANIFIESTA QUE AL MOMENTO DEL PARTO PRESENTÓ PRESIONES ARTERIALES ELEVADAS, POR LO QUE EL ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA SOLICITÓ QUE SEA VALORADA POR EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA POR CONSULTA EXTERNA. ACTUALMENTE, LA PACIENTE REFIERE PRESENTAR CEFALÉAS ESPORÁDICAS Y ANGINA DE PECHO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA		I509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	13:49	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-07-17	13:49	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	