

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	ANGEL AGUSTIN	02	08	1997	28 años, 6 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351479967	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SAN ISIDRO y	097-886-9566 /
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	1351479967	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	02	27
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 MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES, FAMILIARES NI QUIRÚRGICOS DE RELEVANCIA. NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS. ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR LOCALIZADO EN FLANCO IZQUIERDO, DE INTENSIDAD MODERADA, CARÁCTER CONTINUO, QUE SE EXACERBA CON LA MOVILIZACIÓN Y A LA PALPACIÓN DE LA ZONA AFECTADA. REFIERE QUE EL DOLOR SE HA MANTENIDO PERSISTENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS DÍAS, SIN ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO PREVIO. NIEGA FIEBRE CUANTIFICADA, DISURIA, POLAQUIURIA, URGENCIA MICCIONAL, HEMATURIA MACROSCÓPICA, Náuseas o vómitos. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, PACIENTE REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, COMPATIBLE CON CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA II, ASÍ COMO DISNEA SEGÚN ESCALA mMRC GRADO 2. ADEMÁS, REFIERE EPISODIOS OCASIONALES DE PALPITACIONES Y PRESENCIA DE DOLOR TORÁCICO DE TIPO PUNZANTE, DE CORTA DURACIÓN, NO IRRADIADO, QUE CEDE ESPONTÁNEAMENTE. NIEGA SÍNCOPE, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES O LIMITACIÓN SEVERA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PUÑO PERCUSIÓN POSITIVA EN REGIÓN LUMBAR IZQUIERDA. ADEMÁS, SE OBSERVA PRESENCIA DE REFLUJO YUGULAR POSITIVO Y REFLUJO HEPATYUGULAR POSITIVO SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y DESCARTE DE POSIBLE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR SUBYACENTE. SE EXPLICA CONDUCTA AL PACIENTE, QUIEN COMPRENDE Y ACEPTA. SE MANTIENE EN CONDICIONES GENERALES ESTABLES.

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
2026-02-27	15:20	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

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
2026-02-27	15:20	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	