

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑA	CORNEJO	MARIA PAULA	02	02	2006	20 años, 3 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351753585	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVENIDA 5 DE JUNIO y NO	099-009-0053 /
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	1351753585	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	05	15
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 20 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE INSUFICIENCIA VALVULAR AÓRTICA, QUIEN REFIERE QUE DESDE HACE VARIOS DÍAS PRESENTA EPISODIOS DE PALPITACIONES DESCRITAS COMO “ZAPATEO DEL CORAZÓN”, ACOMPAÑADAS DE DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE Y FATIGABILIDAD FÁCIL. REFIERE QUE ACTUALMENTE SE AGITA RÁPIDAMENTE AL REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS, CON PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. NIEGA SÍNCOPE, FIEBRE O DOLOR TORÁCICO INTENSO. POR PERSISTENCIA Y AUMENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR CARDIOLOGÍA PARA EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL Y MANEJO CORRESPONDIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) AORTICA	I351		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	12:03	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-15	12:03	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	