

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	JUAN MARCELO	19	11	1978	46 años, 9 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1715534614	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA QUITO y	099-790-1559 /
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	1715534614	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	09	11
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

ADULTO MEDIO QUE ACUDE OR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR TORACICO DE TIPO ANGINA DE VARIOS MESES DE EVOLUCION QUE NO MEJORAN AL TRATAMIENTO. PACIENTE NO REFIERE ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIA O ALGUNA PATOLOGIA CARDIACA CONOCIDA SIN EMNARGO INDICA QUE SE REALIZA VALORACION POR MEDICO PARTICULAR QUIEN REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA DONDE REPORTA ISQUEMIA DE CARA INFERIOR Y ERGOMETRIA DONDE INDICA QUE SUSPENDE LA PRUEBA POR FATIGA MUSCULAR CON ISQUEMIA EN DERIVACIONES V5 DII DIII aVF LAS CUALES SE MANTIENEN EN FASE DE REPOSO SIN ALTERACION DE LA PRESION ARTERIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ERGOMETRIA DONDE INDICA QUE SUSPENDE LA PRUEBA POR FATIGA MUSCULAR CON ISQUEMIA EN DERIVACIONES V5 DII DIII aVF LAS CUALES SE MANTIENEN EN FASE DE REPOSO SIN ALTERACION DE LA PRESION ARTERIAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO	I256	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	10:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-09-11	10:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

