

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CUADROS	DIDSY YOJANA	20	02	1980	46 años, 5 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1718809211	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	096-823-0068 /
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	1718809211	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	08	06
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

☐

ANGINAS REPENTINAS INTERMITENTES

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE DIABETES MELLITUS Y VITILIGO, QUE REFIERE EPISODIOS DE DOLOR TORÁCICO COMPATIBLE CON ANGINA. ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO QUE PREVIAMENTE SE LE REALIZÓ UN ELECTROCARDIOGRAMA, EL CUAL NO PRESENTA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, Y DEL QUE LE INFORMARON QUE MOSTRABA HALLAZGOS DUDOSOS. ASIMISMO, REFIERE QUE SE LE INDICÓ LA POSIBILIDAD DE REQUERIR CATETERISMO CARDÍACO; SIN EMBARGO, NO CUENTA CON ESTUDIOS NI INFORMES QUE RESPALDEN DICHA INDICACIÓN. SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR LA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA PARA CORROBORAR EL DIAGNÓSTICO, REVISAR LOS ESTUDIOS DISPONIBLES, DETERMINAR LA NECESIDAD DE REALIZAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y DEFINIR SI EXISTE INDICACIÓN DE CATETERISMO CARDÍACO U OTRO MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0984580714

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I519		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-06	10:41	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-08-06	10:41	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

