

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	ROMERO	GABRIELA ISABEL	01	11	1993	32 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300236854	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS HORCONCITOS y	093-967-3644 /
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	2300236854	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	01	20
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	☐	CAI	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE INICIA CON CUADRO CLÍNICO DESDE HACE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR DE PECHO Y DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO 10/10 DE EVA, A LA AUSCULTACIÓN SOPLO SISTÓLICO EN FOCO AÓRTICO. ELECTROCARDIOGRAFÍA SIN ALTERACIONES, EJE CARDIACO NORMAL, FC 88 LPM, PR 0.20 MSG QRS 0.10 SIN ALTERACIONES DE ST O CRECIMIENTO DE CAVIDADES, ECOCARDIOGRAFÍA: REPORTA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VI CONSERVADA, INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA MÍNIMA, CIA DE TIPO OSTIUM SECUNDUM. 0939673644

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EJE CARDIACO NORMAL, FC 88 LPM, PR 0.20 MSG QRS 0.10 SIN ALTERACIONES DE ST O CRECIMIENTO DE CAVIDADES, ECOCARDIOGRAFÍA: REPORTA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VI CONSERVADA, INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA MÍNIMA, CIA DE TIPO OSTIUM SECUNDUM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR	Q211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	09:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-01-20	09:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

