

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	TUAREZ	JULIANA ALEXANDRA	15	03	2003	23 años, 4 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350995557	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA GASPAR y	098-471-9518 /
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	2350995557	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	08	07
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 23 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES QUE NO REFIERE, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA QUE SE DESENCADENA O SE INTENSIFICA CON LA RESPIRACIÓN, DE INICIO INSIDIOSO Y PROGRESIÓN GRADUAL HASTA LA ACTUALIDAD. ASOCIA DISNEA DE ESFUERZO LEVE, MANIFESTADA COMO CANSANCIO AL CAMINAR DISTANCIAS HABITUALES, CLASIFICADA COMO mMRC GRADO 2. HOY ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIO . OCUPACION: VENEDORA DE LICORES . SE INSTAURA ACIDO ACETIL SALICILICO + VASTAREL MR . PACIENTE REQUIERE DE EKG .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX PA DE TORAX: BIEN TOMADA, BIEN PENETRADA, ICT: NORMAL . INFILTRADOS PARAHILIARES BILATERALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE LA ARTICULACION CONDROCOSTAL [TIETZE]		M940	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-07	08:40	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-08-07	08:40	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	