

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BARRE            | LOOR             | JORGE LUIS | 17                  | 01  | 2006 | 18 años, 7 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350694871        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | NO APLICA y                  | 099-546-0763 / (99)-999-9999 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.           | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |              |      |       | Distrito/Area  |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------|------|-------|----------------|
| MSP                 | 1350694871                | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              |      |       | 13D07 / ZONA 4 |
|                     |                           |                          |                                                      |              |      |       |                |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                                                      |              |      | Fecha |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa                                     | Cardiología  | 2024 | 08    | 20             |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                          | Servicio                                             | Especialidad | día  | mes   | año            |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ekg realizado hace 2 dias de efcha 18 de agosto del 2024 en el hospital civil donde se diagnostico de arritmia del sinoauricular bloqueo completo de rama derecha onda p profunda AVf, refiere episodios recidivantes de dolor punzante en el pecho, situacion que pasa desde hace 6 meses |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                     |
|---------------------|
| teléfono 0994533730 |
|---------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA | I499   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO    | FIRMA                                                                                                                                               |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-08-20 | 12:14 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 130950204 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ |

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 |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-08-20 | 12:14 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |