



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	001414	Ricaurte	CS-A	1314519495						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Almeida	Alcivar	Angie	Anabella	M	22-12-2000	24	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0980751042		☒		☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
		1. Accesibilidad geográfica.		☐						
		2. Falta de espacio físico.		☐						
		3. Falta de equipamiento.		☐						
		4. Equipos en mal estado.		☐						
		5. Problemas de infraestructura.		☐						
		6. Problemas de abastecimiento.		☐						
		7. Insuficiencia de profesionales.		☐						
		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒						
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130350								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Cardiología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE REFIERE TENER PALPITACIONES DE MANERA FRECUENTE- SIN CAUSA APARENTE- APROXIMADAMENTE DESDE EL AÑO 2022.ADEMÁS- REFIERE SENSACIÓN DE OPRESIÓN PRECORDIAL QUE SE ACOMPAÑA DE DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS- NO REFIEREMAREO- NO EPISODIOS DE SÍNCOPE O DES MAYOS- SOLICITO VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA CONSIDERAR LA CORRELACIÓNCLÍNICA DEL RESULTADO DE HOLTER Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
REGISTRO AMBULATORIO DE HOLTER EN 27/4/20233 11:10 CON UNA DURACIÓN DE 23:33:12 HORAS. LA FRECUENCIA CARDIACAMEDIA FUE DE 99 LPM DURANTE EL DÍA- 70 LPM POR LA NOCHE Y 88 LPM DURANTE EL REGISTRO COMPLETO. LA FRECUENCIACARDIACA MÁXIMA FUE DE 167 LMP A 14:34:22. LA FRECUENCIA CARDIACA MÍNIMA FUE DE 44 LPM A 05:35:34. LA DESVIACIÓNESTÁNDAR S OBRE LOS LATIDOS NORMALES FUE DE 172-7. S E HAN REGISTRADO UN TOTAL DE 119623 LATIDOS DE LOS QUE 33 HANSIDO CLASIFICADOS COMO LATIDOS VENTRICULARES .

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Taquicardia Paroxistica No Especificada	1479		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-03	11:07	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO				

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP			CENTRO DE SALUD	1311416414	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	San Antonio	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Sin App De Relevancia- No Alergia A Medicamentos- Sin Antecedentes Qx- Consulta Por Dolor Osteoarticular De Mas De 3 Meses De Evolucion En Carpos- Falanges De Manos- Codos- Hombros. Con Inflamacion- Con Limitacion Funcional Por Rigidez Matinal. Trae Anti Ccp Del 2 De Junio 2025: Resultado Negativo. Ac Urico 6.26- Hb Glicosilada 4.7- Tg 120- Tgo 16- Tgp 28- Fr Latex 10- Glcuosa 93- Urea 37- Creat 1.12- Col Total 178- Hb 15- Hto 46%. Rx Manos Sin Alteraciones Oseas - Rx Rodillas Estrechamiento De Espacio Femorotibial Medial Rodilla Derecho. Al Ex Fisico No Se Evidencia Deformidades Ni Inflamacion- Completa Rangos. Se Indica Ciclo Corto De Aines- Sysadoas Y Condroprotectores.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Poliartritis		M158		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308809787				