



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	Santa Martha	CS	1307397909								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Zambrano	Zambrano	Rosario	Maria	M	04-05-1970	54	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
099-951-7514 /		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			5. Problemas de infraestructura.									

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
CUDE A CONTROL MEDI CO- REF EI RE ANTECEDENTE DE HTA Y DM2- ACTUALMENTE CONTROLADA CON LOS ARTAN 100MG- METF ORMI NA500MG/D- CARVEDI LOL 6-25MG/D- REF I ERE QUE HA PRES ENTADO PALPI TACI ONES Y DOLOR TORACI CO EN NOVI EMB RE DONDEREAL I ZARON HOLTER Y EN ES PERA DE CATETERI S MO EN HOS PI TAL DE PORTOVI EJ O- S EGUI MI ENTO CON CARDI OLOGI A NO S E HAACUALI ZADO POR F ALTA DE CUPO. S E REALI ZA EKG F C 103LPMI N- - RI TMO S I NUS AL- COMPLEJ O QRS - 82MS .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
VALORACI ON Y S EGUI MI ENTO POR ES PECI ALI DAD

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Taquicardia Ventricular	I472	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-26	03:06	Tania	Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1308557071				

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	1307397909	

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	Santa Martha	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Izquierda- Qs En Diii Avf Seceuela Antigua- Signos De Hipertrofia Ventricular Izquierda

Holter 24 Horas

La Frecuencia Cardíaca Promedio Fue De 69bpm. La Frecuencia Cardíaca Mínima Fue De 43bpm A La Hora 21/11 15:00:52. La Frecuencia Cardíaca Máxima Fue De 151bpm A La Hora 21/11 15:01:08.

El Número Total De Latidos Fue De 98874. El Número De Contracción Auricular Prematura (Pac) Fue De 17. El Número De Contracción Auricular Prematura (Pac) Aislados Fue De 9. El Número De Duplas De Contracción Auricular Prematura (Pac) Fue De 2. El Número De Taquicardia Auricular Fue De 1.

El Número Total De Contracción Ventricular Prematura (Pvc) Fue De 162. El Número De Ve Aislados Fue De 56. El Número De Duplas De Contracción Ventricular Prematura (Pvc) Fue De 11. El Número De Series De Ectopía Ventricular (Ve) Fue De 17. El Número De Bigeminismo De Ectopía Ventricular (Ve) Fue De 1.

Los Eventos Rr Grandes No Pueden Ser Superiores A 2000ms.

Tratamiento

Losartan 100 Mg Cada Dia
Carvedilol 12.5 Mg Cada 12 Horas
Control En 3 Meses
Solicito Examenes De Control

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva Sin Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)		I119		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	
1311890055				