

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINTO	MENDOZA	DANIELA ANAHI	17	03	2013	13 años, 4 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317345468	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SITIO EL JUNCO y VIA PORTOVIEJO	099-351-6770 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1317345468	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	08	03
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 clinico

ADOLESCENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE DOLOR PRECORDIAL DE LADO IZQUIERDO DE +/- 1 MES DE EVOLUCION QUE APARECE SIN CAUSA APARENTE Y SE EXACERBA AL REALIZAR ESFUERZOS FÍSICOS, NIEGA SÍNTOMAS CARDIOLOGICOS, NIEGA OTROS SINTOMAS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA DESCARTAR ALGÚN PROCESO PATOLÓGICO (IMPRESIONA ARRITMIA SINUSAL RESPIRATORIA). *** 0993516770 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, EJE CARDÍACO NORMAL, NO IMPRESIONA HIPERTROFIA DE CAVIDADES AURICULARES NI VENTRICULARES, NO SIGNOS DE ISQUEMIA NI DE BLOQUEOS, IMPRESIONA ARRITMIA EN DII LARGO. AP. CARDIOVASCULAR: RC DE BUEN TONO E INTENSIDAD, IMPRESIONA ARRITMIA RESPIRATORIA, NO SE AUSCULTAN SOPLOS. FC: 80 LPM, TA: 80/50 mmHg.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-03	08:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-08-03	08:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

