

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLANO	MORALES	KEVIN GUILLERMO	27	02	1999	26 años, 6 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0202249603	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	LOS GIRASOLES y	096-269-4645 /
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	0202249603	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	09	16
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 MASCULINO DE 26 AÑOS CON APP DE SÍNDROME DE WOLF PARKINSON WHITE, PARA LO CUAL NO LLEVA NINGÚN TRATAMIENTO REGULAR, REFIERE QUE HACE VARIOS MESES VIENE PRESENTANDO TAQUICARDIA Y CANSANCIO SOBRE TODO CUANDO SE AGITA Y REALIZA ACTIVIDADES FISICAS DE DEMANDA, ADEMAS ACOMPAÑADO DE TOS QUE SE PRESENTA EN HORAS DE LA MAÑANA CON SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE (DISNEA), EXPECTORACIÓN BLANQUECINA ESPUMOSA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX PRESENCIA DE CALCIFICACIONES A NIVEL PULMONAR, CAYADO AORTICO LIGERAMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO, SE APRECIA CALCIFICACIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE PREEXCITACION	I456		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-16	13:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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 clínico

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
2025-09-16	13:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	