

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	AGUSTIN ADALBERTO	23	04	1949	77 años, 1 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301395933	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUNTA Y FILO y PUNTA Y FILO	098-111-6298 /
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	1301395933	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	06	15
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

ACUDE A CONTROL DE LA PRESION - ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE- AL MOMENTO ESTA CON DISNEA DE MEDIANA INTENSIDAD- CANSANCIO Y TOS LEVES - TAQUICARDIAS Y SENSACION DE OPRESION EN TORAX -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE A CONTROL DE LA PRESION - ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE- AL MOMENTO ESTA CON DISNEA DE MEDIANA INTENSIDAD- CANSANCIO Y TOS LEVES - TAQUICARDIAS Y SENSACION DE OPRESION EN TORAX - OTROS ANALISIS: EKG: QRS ALARGADO: BLOQUEO DE RAMA -. TRASTORNO DE LA CONDUCCION - QT ALARGADO -

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS	I443	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	08:29	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2026-06-15	08:29	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	