

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	SOLORZANO	ESPERANZA MARIANA	02	03	1950	74 años, 8 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301568372	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	093-989-7988 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301568372	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2024	11	08	
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 DE 74 AÑOS CON ANTECEDENTES HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ARTROSIS Y GASTRITIS CRONICA. ACUDE PARA REVISION DE ELECTROCARDIOGRAMA Y RETIRO DE MEDICACION, AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE QUE CONTINUA CON DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS Y DOLOR EN EL PECHO, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA DIFICULTAD EN LA MOVILIDAD DEBIDO A LA ARTROSIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL - TAQUICARDIA - P LARGA (DILATACION AURICULAR) - HIPERTROFIA VENTRICULAR - DE ACUERDO AL MEDICO QUE REALIZAR EL ELECTROCARDIOGRAMA SE PERCIBIERON EXTRASISTOLES QUE NO LOGRO GRAFICAR EN LA IMPRESION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESPOlarIZACION VENTRICULAR PREMATURA	I493	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-08	09:57	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-11-08	09:57	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	