

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ALCIVAR	JOSE ARTURO	04	04	1954	70 años, 11 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301788434	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SUCRE y MALECON	099-257-8560 /
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	1301788434	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	04	01
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 70 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA, APP HTA TRATADA CON LOSARTAN DE 50MG + AMIODARONA DE 200MG. ALZHEIMER HACE 1 AÑO TRATADO CON RISPERIDONA. APQ: CATETERISMO. ALERGIAS: NO REFIERE. APF MAMA INFARTO POR HTA. HABITOS NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY POR DESVANECIMIENTO CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA ACOMPAÑADO DE CIANOSIS DESDE HACE 5 MESES.AL INTERROGATORIO REFIERE QUE ACUDIO EL DIA DE AYER POR EMERGENCIA EN EL HOSPITAL EN DONDE LE REFIRIERON QUE TIENE QUE ACUDIR POR CONSULTA EXTERNA A CARDIOLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE REFERENCIA INVERSA QUE REPORTA EKG CON BRADICARDIA SINUSAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINCOPE Y COLAPSO	R55X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-01	10:59	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-04-01	10:59	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	