

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JARAMILLO	SAN PEDRO	MANUEL ALY	03	12	1956	68 años, 11 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302254675	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y AYACUCHO	099-718-4529 / (05)-269-9227
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	1302254675	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	2025	11	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud			Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR HACE 4 MESES LE REALIZARON ABLACIÓN CON MAPEO 3D DE VIA ACCESORIA OCULTA IZQUIERDA. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. SE REALIZA REFERENCIA CON CARDIOLOGIA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG,ECOCARDIOGRAMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	I471		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-06	15:06	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-06	15:06	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	