

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| JARAMILLO        | SAN PEDRO        | MANUEL ALY | 03                  | 12  | 1956 | 69 años, 1 meses, 30 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 | 099-386-7357 / (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  | 2026 | 02             | 02  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad | día  | mes            | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR HACE 6 MESES LE REALIZARON ABLACIÓN CON MAPEO 3D DE VIA ACCESORIA OCULTA IZQUIERDA. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. PRESENTA TAQUICARDIA EN OCASIONES. SE REALIZA REFERENCIA CON CARDIOLOGIA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| NO |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR | I471   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                  |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-02 | 14:37 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |  Firmado electrónicamente por:<br><b>JESUS GREGORIO LOOR VERA</b><br>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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-02-02 | 14:37 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |