

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	AVEIGA	PEGGY ALEGRIA DE LOS ANGELES	01	08	1959	65 años, 0 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302550080	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO KM 1 VIA PORTOVIEJO y	099-881-9832 / (05)-258-5465
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	1302550080	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2024	08	14
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

REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SENSACION DE DIFICULTAD RSPIRATORIA, SIN PERDIDA DE CONCIENCIA, DONDE REALIZAN ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA CON EKG CO REPORTE DE FIBRILACION AURICULAR, FC 133, RITMO NO SINUSAL, REFIERE ANTECEDENTE HACE 10 AÑOS DE CATETERISMO, REFIERE ACTUALMENTE TOMA DE NABILA 5MG, Y CLOPIDROGEL 75MG.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA	I480		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-14	11:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2024-08-14	11:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

