

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	ALMEIDA	ANTONIA ISABEL	21	08	1953	72 años, 3 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303211880	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	099-298-3171 /
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	1303211880	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	12	02
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 ADULTA MAYOR CON DATOS DE BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA IZQUIERDA MAS HIPERTENSION ARTERIAL. OBESIDAD TIPO I. INFORMA CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE PALPITACIONES . REQUIERE VALORACION DE ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RITMO SINUSAL, FC DE 62 LPM, INTERVALOS PR REGULARES DE DURACION NORMAL, EJE ELECTRICO DESVIADO A LA IZQUIERDA (BORDERLINE), QT CORREGIDO 0.49 MS (PROLONGADO)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE BLOQUEO DEL CORAZON	I455		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-02	11:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2025-12-02	11:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	