

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |                |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| ORTIZ            | PAZMIÑO          | SONIA TRINIDAD | 17                  | 09  | 1947 | 77 años, 2 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                                               |                     |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-----------------------------------------------|---------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                     | No Telefónico       |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303760936        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUERTO ARTURO y DETRAS DE LOMA DE LOS MUERTOS | 099-583-8952 /      |
| 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                 | 1303760936      | 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  | 2024  | 12  | 03  |
| 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

CONTROL- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON DISNEA DE MEDIANO ESFUERZO - CANSANCIO - TAQUICARDIA EN VARIAS OCASIONES ACOMPAÑADO DE SINCOPE Y DOLOR PRECORDIAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON DISNEA DE MEDIANO ESFUERZO - CANSANCIO - TAQUICARDIA EN VARIAS OCASIONES ACOMPAÑADO DE SINCOPE Y DOLOR PRECORDIAL DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA | R000   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2024-12-03 | 10:10 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2024-12-03 | 10:10 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |