

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | PALMA            | WALTER MIGUEL | 08                  | 01  | 1962 | 64 años, 6 meses, 21 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303875593        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CIUDADELA BAZURTO y SN       | 095-983-9754 /       |
| 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                 | 1303875593      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2026  | 07  | 29  |
| 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 MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSION ARTERIAL TATRADA CON LOSRATAN 50MG QD, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS RECURRENTES DE PALPITACIONES, DESCRITAS COMO LATIDOS CARDÍACOS RÁPIDOS E IRREGULARES, DE APARICIÓN SÚBITA Y DURACIÓN VARIABLE, TANTO EN REPOSO COMO DURANTE ESFUERZOS LEVES. REFIERE QUE LOS EPISODIOS SE HAN VUELTO MÁS FRECUENTES EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ACOMPAÑÁNDOSE DE SENSACIÓN DE OPRESIÓN PRECORDIAL, DISNEA DE ESFUERZO, FATIGA FÁCIL, DEBILIDAD GENERALIZADA Y DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA. MANIFIESTA ADEMÁS EPISODIOS INTERMITENTES DE MAREO, SENSACIÓN DE INESTABILIDAD Y PRESÍNCOPE, SIN PÉRDIDA COMPLETA DEL ESTADO DE CONCIENCIA. REFIERE QUE DURANTE LAS CRISIS PRESENTA ANSIEDAD, DIAFORESIS Y SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, LO QUE HA LIMITADO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y GENERADO PREOCUPACIÓN POR LA PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS. NIEGA FIEBRE, TOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE PROCESO INFECCIOSO AGUDO. EL PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE ARRITMIA CARDÍACA, CON PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS, SIN CONTAR CON VALORACIÓN ESPECIALIZADA RECIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA | I499   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-29 | 11:33 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-29 | 11:33 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |

