

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	LOPEZ	MARIA SERVELIA	08	09	1961	64 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304074345	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 36 Y 5 y	095-950-9780 /
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	1304074345	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	06	10
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 FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD, APP: HTA, AA: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA A CENTRO DE SALUD POR CONTROL CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE TIROIDES. DURANTE LA CONSULTA REFIERE CANSANCIO CONSTANTE, ASTENIA Y EPISODIOS DE DOLOR EN REGIÓN PRECORDIAL, ASOCIADOS A SENSACIÓN DE PALPITACIONES Y POSIBLES ARRITMIAS DE EVOLUCIÓN RECIENTE. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS HAN PERSISTIDO, GENERANDO LIMITACIÓN EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y AFEBRIL. DEBIDO A LOS SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES REFERIDOS Y A SUS ANTECEDENTES CLÍNICOS, SE CONSIDERA NECESARIA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA PARA DESCARTAR ALTERACIONES DEL RITMO CARDÍACO U OTRA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ASOCIADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	11:37	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
2026-06-10	11:37	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

