

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	VERA	HUMBERTO RAMON	16	05	1968	57 años, 6 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304156670	MANABI	CHONE	CONVENTO	MERCEDES y MANUIEL DE JESUA ALVAREZ	096-781-1557 / (99)-999-9999
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	1304156670	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	12	04
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

PACIENTE MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 50 MG Y AMLODIPINO DE 5 MG QD. AL CUAL SE LE REALIZA ATENCIÓN MEDICA. PACIENTE REFIERE QUE LE SUSPENDIERON UNA CIRUGIA DE COLECISTECTOMIA DEBIDO A QUE REALIZO TAQUICARDIAS SINUSALES LLEGANDO LA FRECUENCIA CARDIACA HASTA 230 LPM, APARENTEMENTE RELACIONADAS CON EL ELECTROBISTURÍ. CARDIOLOGO SUGIERE REALIZAR MAPA Y HOLTER. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SUGIERE REALIZAR EKG, MAPA Y HOLTER.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA VENTRICULAR	I472	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	16:02	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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
2025-12-04	16:02	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

