

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLA	SOLORZANO	CARMEN URANIA	10	12	1963	62 años, 5 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	1304714148	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS MERCEDES y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-186-6471 / (05)-269-5800
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	1304714148	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	05	12
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 clinico

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 62 AÑOS, ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO EPISODIOS RECURRENTES DE TAQUICARDIA DE APROXIMADAMENTE 3 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADOS POR PALPITACIONES DE INICIO SÚBITO, ASOCIADAS EN OCASIONES A SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA, DISNEA LEVE Y MAREO. NIEGA SÍNCOPE, FIEBRE O DOLOR TORÁCICO INTENSO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SIGNOS VITALES: FC ELEVADA, PA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, SATURACIÓN ADECUADA. A LA AUSCULTACIÓN CARDÍACA SE EVIDENCIA RITMO TAQUICÁRDICO SIN SOPLOS EVIDENTES. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS RELEVANTES. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: TAQUICARDIA EN ESTUDIO / PALPITACIONES RECURRENTES DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN. SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, INCLUYENDO ELECTROCARDIOGRAMA, HOLTER Y DEMÁS EXÁMENES SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA. SE EMITE REFERENCIA A CARDIOLOGÍA Y SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	11:14	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
2026-05-12	11:14	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

