

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BASURTO	ENEDITA EPIFANIA	12	07	1960	65 años, 4 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304716515	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJON DE LA VIRGEN y	095-920-0760 /
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	1304716515	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	2025	12	01	
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 65 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE, ACUDE CON REFERENCIA INVERSA DEL HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA CORDOVA, PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE TAQUICARDIA, MAS PALPITACIONES EVOLUCIÓN 30 DÍAS, QUE CALMABA CON INGESTA DE UN VASO DE AGUA, FUE ATENDIDA 2 VECES EN EL ÁREA DE EMERGENCIA POR EL MISMO CUADRO CLÍNICO PERO QUE YA NO CEDE CON LA INGESTA DE AGUA Y SE ACOMPAÑA DE LEVES MAREOS Y NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO, HACE 3 DÍAS, CON POSTERIOR ALTA MEDICA TTO QUE RECIBE (ENALAPRIL 20 MG QD, BISOPROLOL 2.5 MG QD, SOLICITAN REFERENCIA ESPECIALIDAD CARDIOLOGIA (CONSULTA EXTERNA), AL MOMENTO ESTABLE SEGÚN SU CONDICIÓN DE SALUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBRILACION AURICULAR CRONICA	I482	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	15:09	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-01	15:09	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

