

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PONCE            | MUÑOZ            | DIORGINA SUNILDA | 04                  | 12  | 1964 | 61 años, 6 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |            |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|------------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305795385        | MANABI              | ROCAFUERTE | ROCAFUERTE | PAQUISHA y                   | 098-369-0797 /      |
| 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                 | 1305795385      | RESBALON                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cardiología  | 2026 | 06    | 09  |  |
| 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 61 años de edad, con antecedente patológico personal de hipertensión arterial de aproximadamente 18 años de evolución, que acude a consulta de control portando resultado de electrocardiograma en el que se reporta bloqueo de rama derecha. Al momento de la valoración se encuentra asintomática, negando disnea, dolor torácico, palpitaciones, síncope, presíncope, edema de extremidades inferiores u otra sintomatología cardiovascular asociada. Dada la presencia del hallazgo electrocardiográfico y sus antecedentes cardiovasculares, se considera pertinente valoración especializada por Cardiología.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

lectrocardiograma de 12 derivaciones: Ritmo sinusal regular a 78 lpm, eje eléctrico normal, intervalo PR de 128 ms, QRS ensanchado de 121 ms con patrón compatible con bloqueo completo de rama derecha. QTc de 435 ms. Sin alteraciones agudas de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TIPOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA DEL HAZ Y LOS NO ESPECIFICADOS | I451   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-09 | 10:26 | Medicina Rural | MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA | 1313690909 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-09 | 10:26 | Medicina Rural | MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA | 1313690909 |       |

