

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FALCONES	LOPEZ	OLGA MARIA OTITA	20	07	1967	58 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306792514	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-528-7691 / (05)-269-8556
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	1306792514	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		2026	03	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

ADULTA MADURA QUE DURANTE LA JORNADA LABORAL PRESENTA SENSACION DE MAREO, NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO EN ESCOPETAZO ADEMAS DE PERDIDA DE CONOCIMEINTON SE REALIZA VALORACION INICIAL PRESENTA PRESION ARTERIA 150/90MMHG FC 65 LPM SPO2 92% GLICEMIA 102 MG/DL. ADEMAS SE REALIZA EKG DONDE SE OBSERVA AUSENCIA DE COMPLEJO QRS EN D II POR LO CUAL SE SOSPECHA DE BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO. POSTERIOR A ESTO EXISTIO RECUPERACION CON PERSISTENCIA DE MAREO LEVE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG AUSENCIA DE COMPLEJO QRS EN DII

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO	I442	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-03-10	15:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	1A Firmado electrónicamente por: ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA 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 clínico

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
2026-03-10	15:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	