

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORDÓÑEZ	CORNEJO	ZORAIDA ALBERTINA	04	04	1971	54 años, 6 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307183762	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	DIOGENES ALAVA y SN	097-866-4614 /
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	1307183762	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	10	29
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 QUE INFORMA CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PALPITACIONES EN REPOSO, SI REFIERE QUE SE PRESENTA CUANDO ESTÉ MÁS PREOCUPADA, DESDE HACE UN MES TAMBIÉN CON INSOMNIO DE CONCILIACIÓN, TODOS ESTOS SINTOMAS A RAÍZ DE PROBLEMA FAMILIAR SE REALIZA 0978664614, SE INDICA DOSIS DE BISOPROLOL DE 1.125

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG EL CUAL SE OBSERVA; EKG EN REPOSO, DE 12 DERIVACIONES RITMO SINUSAL EJE ELECTRICO NORMAL PR 0.16 MSG QRS 0.06 MSG ST ISOELÉCTRICO, SIN BLOQUEOS NI CRECIMIENTO DE CAVIDADES NI EXTRASÍSTOLES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PALPITACIONES	R002		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-29	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-10-29	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

