

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ORTIZ            | ZAMBRANO         | JOSE RUBEN | 27                  | 09  | 1957 | 68 años, 7 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                  | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308276680        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MANUEL DE JESUS ALVAREZ y CALLE SIN NONBRE | 098-622-0695 /      |
| 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                 | 1308276680                               | 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           | 05  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| paciente acude por control medico por evolución cardiaca, paciente ekg bloqueo completo de rama derecha, |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| control por su especialidad en su continuidad-... |
|---------------------------------------------------|

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                                                                                                                                                                                                       |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-22 | 08:38 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |  <small>Validar únicamente en FirmaEC.<br/>Firmado electrónicamente por:</small><br><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b> |

### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-05-22 | 08:38 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

