

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1308534633	1308534633
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
MOLINA	SANCHEZ	EDDY	JAVIER	M	04/12/78
CANTÓN	PARROQUIA	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
JESUS	MANABI	42	H	D	M
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			REFERENCIA		
1 0958705804 / 0990476959			X		
PROVINCIA			DERIVACIÓN		
MANABI			MOTIVO		
BOLIVAR			6. Problemas de abastecimiento		
CALCETA			7. Insuficiencia de profesionales		
			8. Inadecuada capacidad resolutoria		
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

56.
Anv

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 49 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD A ANTERIOR QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR LIGERO DOLOR PRECORDIAL. HACE VARIOS DÍAS CON PALPITACIONES SENSACION DE FALTA DE AIRE FATIGA SE REALIZA EKG DONDE SE OBSERVA PAUSA CARDIACA CON COMPENSACION A LA EXTRASISTOLE POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Trastorno de la formación o conducción de los estímulos del nódulo sinusal*



E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.
SÍNDROME DEL SENO ENFERMO	1495	X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-08	10:00 a.m.	MARCO	ANTONIO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311550667				

Antonio Azúa Cedeño
ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL
C.I.: 1311550667

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		