

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	LIDER GEOVANNY	29	12	1978	46 años, 8 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310016538	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA A TOSAGUA y SN	098-476-0015 /
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	1310016538	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	09	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 46 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: HTA (MAMA), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR EPISODIOS INTERMITENTES DE PRESIÓN EN EL PECHO DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, NIEGA DISNEA, NIEGA EDEMA, NIEGA SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL EXAMEN FISICO NORMAL. SE REALIZA EKG EN CONSULTA Y SE EVIDENCIA BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA. AL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE DOLOR, ESTABLE, ORIENTADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG: BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA. 0984760015 // 0992305272

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
2025-09-05	11:08	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-09-05	11:08	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

