

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	CECILIO FERNANDO	08	01	1981	45 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310169261	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RIO SANTO y SC	096-949-8435 /
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	1310169261	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	02	04
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 DE 59 AÑOS SIN ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA, AL MOMENTO ACUDE POR CUADRO DE DISNEA, MAREOS Y PALPITACIONES EN UN EPISODIO DE HACE 5 DÍAS, POR LO QUE ACUDIÓ A SERVICIO DE EMERGENCIA DONDE LE HICIERON UN EKG DONDE NO SE LOGRA OBSERVAR ONDA P DE MANERA CLARA, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD EN SEGUNDO NIVEL PARA DEFINICIÓN DE MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESIÓN ARTERIAL EN ESTA CONSULTA: 119/87 MM HG

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA	I480	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-04	03:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-04	03:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	