

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1411	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1310658073								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
ROMAN		VASQUEZ		ROSA		JANETH		F	30/08/1987	37				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
969872506										MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☒				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	ROCAFUERTE		ROCAFUERTE											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

PACIENTE DE 37 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSION ARTERIAL (MADRE) QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SENSACION DE PALPITACIONES EN TORAX ANTERIOR IZQUIERDO, PACIENTE CON SENSACION DE OPRESION, A LA TOMA DE SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

ELECTROCARDIOGRAMA; EXTRASISTOLES VENTRICULARES

4	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DESPOLARIZACION VENTRICULAR PREMATURA		I493		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/08/2025	11:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310630817				

REFERENCIA JUSTIFICADA										SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA										SI		NO	
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	----	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	----	--

11

11

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

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

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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