

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	VELEZ	ENRIQUE ALEJANDRO	26	05	1986	40 años, 1 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311530891	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-705-8404 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1311530891	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	20
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 MASCULINA DE 40 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSA, AA: NO REFIERE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR EPISODIOS RECURRENTES DE PALPITACIONES, ASOCIADOS A SENSACIÓN DE LATIDOS IRREGULARES, DE INICIO INTERMITENTE Y DURACIÓN VARIABLE, EN OCASIONES ACOMPAÑADOS DE MAREO Y SENSACIÓN DE DEBILIDAD GENERAL. REFIERE PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE LAS MEDIDAS INICIALES, CON LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS DURANTE LOS EPISODIOS. POR LA SOSPECHA DE TRASTORNO DEL RITMO CARDÍACO Y LA NECESIDAD DE DETERMINAR LA ETIOLOGÍA, SE CONSIDERA INDICADA VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA PARA DESCARTAR RIESGO, PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, COLABORATIVO AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	08:46	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-20	08:46	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

