

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CISNEROS	VERA	MERLY SUSANA	07	06	1988	37 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311992760	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BOYACA y JUNIN	098-595-1955 / (05)-269-8986
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	1311992760	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	04	07
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 FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR EPISODIOS FRECUENTES DE PALPITACIONES DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADAS POR SENSACIÓN DE LATIDOS CARDÍACOS RÁPIDOS E IRREGULARES, DE INICIO SÚBITO Y TERMINACIÓN ESPONTÁNEA, CON DURACIÓN VARIABLE DE MINUTOS A HORAS, ACOMPAÑADOS EN OCASIONES DE MAREO, SENSACIÓN DE ANSIEDAD Y LEVE DISNEA, SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. REFIERE QUE LOS EPISODIOS SE HAN VUELTO MÁS FRECUENTES EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, SIN RELACIÓN CLARA CON EL EJERCICIO. NIEGA DOLOR TORÁCICO OPRESIVO, SÍNCOPE O EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0985951955

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	R000	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	13:40	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-04-07	13:40	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	