

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1312820259								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PONCE		PALACIOS		RODDY		AUGUSTO	H	31/08/1991	34	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
098 419 4186 / 096 986 8114		MSP					MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutiva						
		ROCAFUERTE		4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA CONOCIDOS, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR BRADICARDIA PERSISTENTE, ACOMPAÑADA DE FATIGA, DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESFUERZO Y DISNEA DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA, SÍNTOMAS QUE LIMITAN SUS ACTIVIDADES HABITUALES. REFIERE ADEMÁS EPISODIOS OCASIONALES DE SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE EN REPOSO. NIEGA TABAQUISMO Y REFIERE PRACTICAR FÚTBOL DE FORMA HABITUAL. NIEGA DOLOR TORÁCICO, SÍNCOPE, PRESÍNCOPE O PALPITACIONES. AL EXAMEN FÍSICO EN CONSULTA SE EVIDENCIA PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, PRESIÓN ARTERIAL 129/66 MMHG, SATURACIÓN DE OXÍGENO Y FRECUENCIA RESPIRATORIA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, DESTACANDO BRADICARDIA PERSISTENTE CON FRECUENCIA CARDÍACA APROXIMADA DE 42 LPM. SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES QUE EVIDENCIA RITMO SINUSAL CON BRADICARDIA SINUSAL (FC 42 LPM), EJE ELÉCTRICO NORMAL. INTERVALOS PR, QRS Y QTC DENTRO DE LÍMITES NORMALES. SIN EVIDENCIA DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR NI TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN. SE OBSERVAN CAMBIOS DE REPOLARIZACIÓN EN DERIVACIONES PRECORDIALES COMPATIBLES CON PROBABLE PATRÓN DE REPOLARIZACIÓN PRECOZ, SIN CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE LA BRADICARDIA ASOCIADA A SINTOMATOLOGÍA, EL PACIENTE FUE REFERIDO AL SERVICIO DE EMERGENCIA PARA VALORACIÓN, DONDE SE REALIZARON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. HEMOGRAMA SIN ALTERACIONES DE RELEVANCIA CLÍNICA (HB 13.5 G/DL, HTO 40.4%, LEUCOCITOS 4.350/µL, PLAQUETAS 208.000/µL), FUNCIÓN RENAL CONSERVADA (UREA 27 MG/DL, CREATININA 0.91 MG/DL, LDH 232 U/L, TROPONINA I DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA Y TROPONINA T <10 NG/L, DESCARTÁNDOSE LESIÓN MIOCARDICA AGUDA. EL PACIENTE FUE DADO DE ALTA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, PERSISTIENDO LA BRADICARDIA, CON INDICACIÓN DE VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA. SE REMITE PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO DE BRADICARDIA SINUSAL SINTOMÁTICA, VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y CONSIDERACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (HOLTER DE 24-48 HORAS, ECOCARDIOGRAMA Y PRUEBA DE ESFUERZO PARA DESCARTAR INCOMPETENCIA CRONOTRÓPICA, DISFUNCIÓN DEL NODO SINUSAL U OTRA PATOLOGÍA CARDÍACA SUBYACENTE). SE INICIA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA POR BRADICARDIA SINTOMÁTICA PERSISTENTE Y DISNEA EN REPOSO PARA VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	R001		X	4.			
2.	DISNEA	R060		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/07/2026	15:30:00	MARÍA	MOREIRA	BERMEO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311619967				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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