

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	TRIVIÑO	JENNIFER JAZMINA	20	07	1988	37 años, 2 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313057232	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y BELLAVISTA ALTA	096-852-3782 / (99)-999-9999
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	1313057232	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	09	26
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ACUDE PARA SOLICITUD DE REFERENCIA A CARDIOLOGIA POR CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL RECURRENTA FUA VALORADA POR CARDIOLOGIA PARTICUALR DONDE REALIZAN EKG Y REPORTAN ARITMIAS CARDIACA EXTRASISTOLES, TAMBIEN FUE VALORA POR MEDICINA INTERNA DONDE NO REALIZA LA RESPECTIVA REFERENCIA A ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE, AL MOMENTO SIN DOLOR, ORIENTADA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG BRDICARDIA, EXTRASISTOLE

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS		I498	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	12:20	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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