

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	MORALES	EMILY NICOLLE	12	12	2000	24 años, 10 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313709857	MANABI	CHONE	BOYACA	AVDA ELOY ALFARO y CDLA SAN CAYETANO	098-146-8968 / (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	1313709857	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2025	11	11
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

PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS, ACTUALMENTE CURSANDO EMBARAZO DE 22.3 SG POR FUM, QUIEN PRESENTA ANTECEDENTE DE ARRITMIAS DIAGNOSTICADAS HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO, SIN SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO. REFIERE SENSACIÓN DE DISNEA AL MÍNIMO ESFUERZO Y DOLOR TORÁCICO TIPO OPRESIVO DE APARICIÓN RECIENTE, NO IRRADIADO, QUE CEDE PARCIALMENTE CON EL REPOSO. NIEGA SÍNCOPE O PALPITACIONES SOSTENIDAS, AUNQUE REFIERE EPISODIOS DE "LATIDOS IRREGULARES" OCASIONALES.
--

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
2025-11-11	14:20	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-11-11	14:20	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	