

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	SALTOS	KAREN ESTEFANIA	31	01	1995	30 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313735464	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y	099-169-8078 / (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	1313735464	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	11	10
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 con embarazo de 33.6 del cual tiene es ECG. PACIENTE CUYA EVALUCION DESCRITA POPR EL MEDICO QUE LE REALIZO EL ELCTRO REFIERE DILATACION DE LA AURICULA POR P PROLONGADA MAS QRS PROLONGADO QT PROLONGADO MAS TAQUICARDIA... MI EVALUACION TIENE RITMO SINUSAL EJE A LA IZQUIERDA CON UNA TAQUICARDIA DEL SINO FECUENCIA CARDIACA MATERNA 110. PACIENTE. LEUCOCITOS 79.1 TGO 43.6 TGP 26.1 LDH 171... PACIENTE EN EL EMBARAZO DOLOR EN LA PARTE BAJA Y NAUSEAS ... actualmente tiene una fc de 97 que no altera en scor mama... se hace proteinuria negativa... no leucosuria...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente se envía a su analisis...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	08:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-10	08:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	