

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	MOREIRA	MARIA BELEN	06	10	1999	25 años, 5 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314342765	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA RITA y	098-116-6147 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314342765	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	03	28
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 25 AÑOS, APP: SOP. QUE REALIZA SU JORNADA LABORAL COMO LICENCIADA EN ENFERMERIA EN LA UNIDAD ES ATENDIDA POR REFERIR ACIDEZ ESTOMACAL, NAUSEAS. REFIERE EPISODIOS RECURRENTES DE PALPITACIONES Y APNEA DEL SUEÑO. SE ENVIA EKG.AL MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL; CABEZA: NORMOCEFALICA, CONJUNTIVAS: ROSADAS, ESCLERAS: ANICTERICAS, PUPILAS: ISOCORICAS NORMOREACTIVAS; NARIZ: PERMEABLE; BOCA: OROFARINGE NO ERITEMATOSA,CUELLO: SIMETRICO, MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS.TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBILIDAD CONSERVADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAÑADIDOS, CORAZÓN: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS; ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION;;EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, NO EDEMA./ GLUCOSA EN AYUNAS 115

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE EPISODIOS RECURRENTES DE PALPITACIONES Y APNEA DEL SUEÑO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PALPITACIONES	R002		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	14:35	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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 clínico

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
2025-03-28	14:35	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

