

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ALCIVAR	CECILIA JAMILETH	22	12	1994	30 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314786995	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CARLOS ALBERTO ARAY y	098-289-2482 /
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	1314786995	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	07	31
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

FEMENINA DE 30 AÑOS APP NR APF NR AQX CESAREA + SALPINGUECTOMI, COLECISTECTOMIA AA NO REFIERE ACUDE POR CEFALEAS REPETITIVAS CADA QUE TIENE CORAJES, TUVO PRESIONES ALTAS EL 9 DE JUNIO DE 140/80 FUE AL HOSPITAL POR EMERGENCIA Y LE CONTROLARON LA PRESION, REFIERE SENTIR PALPITACIONES COMO TAQUICARDIA, ADEMAS REFIERE SENSACION DE MAREO Y TUVO UN EPISODIO DONDE PERDIO LA CONSCIENCIA HACE APROXIMADAMENTE 1 MES, PACIENTE AL MOMENTO AFEBRIL ASINTOMATICA. EL DIA DE HOY MANTIENE PRESION ARTERIAL DENTRO DE LO NORMAL. EXAMEN FISICO GENERAL NORMAL. SE BRINDA ASESORIA EN DIETA Y ALIMENTACIONN, SE RECOMIENDA EJERCICIO DIARIO 30 MIN, DESCANSO ADECUADO. SE SOLICITA EKG, SE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA EN SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINCOPE Y COLAPSO	R55X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	11:29	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-07-31	11:29	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

