

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ARTEAGA          | RODRIGUEZ        | MARIA ELENA | 11                  | 08  | 1995 | 30 años, 0 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314990779        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | 27 DE JULIO y                | 098-977-6946 /      |
| 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                 | 1314990779                | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                           |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa       | Cardiología  | 2025           | 08  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRONICAS APARENTES QUE NOS REFIERE QUE HACE MAS O MENOS DOS SEMANAS VIENE PRESENTANDO OPRESION EN EL PECHO ACOMPAÑADO DE FALTA DE AIRE REFIERE Y EN OCASIONES SIENTE QUE LE LATE RAPIDO EL CORAZON (TAQUICARDIA), PACIENTE REFIERE HABERSE REALIZADO EKG DE MANERA PARTICULAR DONDE REPORTA BLOQUEO PARCIAL DE RAMA DERECHA. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 4.76 Hemoglobina 13.9 Hematocrito 41.0 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 86.1 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.2 Plaquetas 343 Glóbulos Blancos 6.76 Linfocitos (%) 35.3 Neutrófilos (%) 57.3 Monocitos (%) 4.2 Eosinófilos (%) 2.5 Basófilos (%) 0.7 COPROLOGICO: EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO Color Café Consistencia Pastosa EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos No se observan parásitos Método: Microscopía Helicobacter Pylori en Heces Negativo GLUCOSA: Glucosa 92.8 Urea 25.74 Creatinina 0.88 Ácido Úrico 2.91 Colesterol 184.2 Triglicéridos 230.0 TGO/AST 23.07 TGP/ALT 23.50 EMO: EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Ligeramente Turbio Densidad 1015 pH 6.5 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 2 - 3 / Campo Hematíes 0 - 1 / Campo Células Epiteliales 2 - 4 / Campo Bacterias ELECTROCARDIOGRAMA: BLOQUEO PARCIAL DE RAMA DERECHA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TIPOS DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS | I443   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-25 | 09:53 | 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 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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-25 | 09:53 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |