

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	HERRERA	RIDER JOSE	08	02	1997	29 años, 1 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315136422	MANABI	CHONE	RICAU RTE	BARRIO LAS DOS BOCAS y	095-962-4515 /
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	1315136422	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	03	25
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 MASCULINO DE 28 AÑOS CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE ARRITMIA SINUSAL (EXTRASÍSTOLES AURICULARES Y VENTRICULARES) DIAGNOSTICADAS HACE 1 AÑO. ACUDE POR CUADRO CRÓNICO DE PALPITACIONES ASOCIADO A SÍNCOPE Y DIPLOPÍA. EN HOLTER REALIZADO POR 24 HORAS SE OBSERVA ECTOPIA VENTRICULAR, AL VALSALVA, TAQUICARDIA VENTRICULAR EN 1 OCASIÓN; RAZÓN POR LA QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HOLTER ARRITMICO: FC PROMEDIO 55 LPM. FC MÍNIMA 35LPM, FC MÁXIMA 149 LPM. NÚMERO TOTAL DE LATIDOS 74629. EL NÚMERO DE CONTRACCIÓN AURICULAR PREMATURA FUE DE 40. EL NÚMERO DE CONTRACCIÓN AURICULAR PREMATURA AISLADAS FUE DE 6. EL NÚMERO TOTAL DE CONTRACCIÓN VENTRICULAR PREMATURA FUE DE 27. EL NUMERO DE SERIES DE ECTOPIA VENTRICULAR FUE DE 3.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS	I498		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	08:18	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-03-25	08:18	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	