

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOPIANO	CEDEÑO	CEHILA CRISTHEL	09	10	2007	18 años, 7 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315517605	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA RIO SANTO y	999-999-9999 /
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	1315517605	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	05	29
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 18 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ARRITMIAS, FUE DIAGNOSTICADA CON ARRITMIA VENTRICULAR DERECHA POR LO CUAL FUE OPERADA CON TECNICA DE ABLACION MEDIANTE CATETER. REFIERE QUE APESAR DEL TRATAMIENTO NO SE HA SENTIDO EN LAS MEJORES CONDICIONES. REFIERE ANTECEDENTES DE RIÑON EN HERRADURA Y MIGRAÑA. REFIERE ALERGIAS A LA PENICILINA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, SIN SINGOS DE ALARMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ARRITMIA VENTRICULAR DERECHA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	09:58	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-05-29	09:58	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	