

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RENGIFO	MACIAS	GISSELLA MADELYNE	25	12	1997	28 años, 3 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315574739	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y SN	096-771-5341 /
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	1315574739	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	04	22
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 28 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE OVARIO POLIQUISTICO Y DE TAQUICARDIA QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON CARDIOLOGIA QUE LE INDICO CORDIS 2.5 VO QD POR 3 MESES, SE ENCUENTRA CON TRASTORNOS MENSTRUALES Y LLEVA SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA QUIEN LE ENVIA A HACER EXAMENES PARA DETERMINAR LA CAUSA DE INFERTILIDAD Y DE TRASTORNOS MENSTRUALES NO TOLERO TRATAMIENTO PARA OVARIO POLIQUISTICO. PACIENTE ACUDE PARA SOLICITAR VALORACION POR CARDIOLOGIA DE FORMA PUBLICA YA QUE NO PUEDE SEGUIR SIENDO VALORADA POR CARDIOLOGO PARTICULAR Y SOLICITA SER REFERIDA POR CUADRO DE TAQUICARDIA. EKG NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES ESPECIFICADAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: EKG NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES DEL COMPLEJO QRS, NO DESNIVELES EN SEGMENTOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	R000		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	15:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-04-22	15:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	