

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ALCIVAR	WILLY JOSE	21	09	2006	18 años, 2 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	1316000064	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CUCUY y	999-999-9999 / (05)-302-7625
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1316000064	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2024	12	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS APP SD DEL CORAZON IZQUIERDO HIPOPLASICO??, ALERGIAS NO REFEIRE, AQX: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA POR DOLOR PRECORDIAL TIPO OPRESIVO DE LARGA DATA, QUE APARECE CON LA ACTIVIDAD FISICA, NO SE IRRADIA, NO DISNEA, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA AL MOMENTO HEMODINAMICAMNETE ESTABLE, CONCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RSCS RITMICOS R1 Y R2 PRESENTES, SOPLOS IV/VI.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DE LAS CAMARAS CARDIACAS Y SUS CONEXIONES, NO ESPECIFICADA	Q209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-08	18:27	Medicina Rural	ANA MARIA MORALES PAREDES	1351059439	

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
2024-12-08	18:27	Medicina Rural	ANA MARIA MORALES PAREDES	1351059439	