

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	LOOR	ALAN YARETH	09	03	2008	18 años, 3 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316246485	MANABI	CHONE	BOYACA	BOYACA y	093-952-2639 /
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	1316246485	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2026	06	12	
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 acude a la atención por presentar desde hace dos años disnea de grado II que se acompaña de palpitations y ortopnea, paciente refiere que en los últimos dos meses la sintomatología ha evolucionado y son mas intenso y frecuentes.Ademas, paciente presenta bradicardia de larga data, al momento paciente presenta frecuencia cardiaca de 47 latidos por minutos. Al interrogatorio, niega sintomatologia sistémica - afebirl - colaborativo. Contacto: 0939522639.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Tórax simétrico, con adecuada expansión. Movimientos respiratorios normales. No se observan retracciones subcostales, subesternales ni supraclaviculares. Frecuencia respiratoria de 18 lxm . Murmullo vesicular presente y bien distribuido. Con ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, sin soplos. Pulsos femorales presentes y simétricos. Frecuencia cardiaca de 47 lxm.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	R001		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	08:27	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	

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
2026-06-12	08:27	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	