

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1316464005		1316464005					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO	RIOS		MARGARITA		ALEXANDRA		M	02/10/1993	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0962933869							MOTIVO						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGÍA

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS CON ANTECEDENTE DE VALVULOPATIA HACE 10 AÑOS. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR SÍNCOPE, REFIERE EN ESE MOMENTO ALTERCADO CON PAREJA, NO HAY DATOS RELEVANTES SOBRE SÍNCOPE. POSTERIOREMENTE DESPUES DE VARIOS DÍAS COMIENZA CON CUADRO DE ANGINA PRECORDIAL SEGUIDO POR PALPITACIONES RÁPIDAS Y FUERTES, DISNEA GRADO I. AL EXAMEN FÍSICO EDEMA GRADO I EN MIEMBROS INFERIORES..? LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. AL MOMENTO DE SU LLEGADA CUENTA CON PRESION ARTERIAL NORMAL 100/60mmHg. FRECUENCIA CARDIACA 66LMP. AL MOMENTO ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL.

ECG 10/11/2025: PRESENCIA DE RSR EN DERIVACIONES V1 Y V2, QRS MAYOR A 0.12 SEGUNDOS EN DERIVACIONES V1 Y V2.

E. DIAGNÓSTICOS		CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	OTROS TIPOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA	I451	X		4			
2	DEL HAZ Y LOS NO ESPECIFICADOS				5			
3					6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/11/2025	13:00	LUIS	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACION JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.						4.						
2.						5.						
3.						6.						

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	