

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	FREDDY GEOVANNY	23	09	1997	28 años, 7 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316474764	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL VERGEL CALLE CARLOS CONCHA y CALLE PRINCIPAL	099-944-9836 /
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	1316474764	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	05	12
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 28 AÑOS DE EDAD, APP: SINDROME DE TAQUI-BRADI CON ANTECEDENTE DE ABLACIÓN CARDÍACA REALIZADA EN EL AÑO 2019, ALERGIAS: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA PRESENTANDO CONTRARREFERENCIA POR CARDIOLOGÍA, EN LA CUAL SE SOLICITA NUEVA REFERENCIA PARA REALIZACIÓN DE HOLTER DE 24 HORAS COMO PARTE DE CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ANTECEDENTE ARRÍTMICO. PACIENTE REFIERE EPISODIOS OCASIONALES DE PALPITACIONES ASOCIADAS A DIAFORESIS, DE PRESENTACIÓN INTERMITENTE, SIN IDENTIFICAR FACTOR DESENCADENANTE CLARO. NIEGA DOLOR TORÁCICO, DISNEA, SÍNCOPE, PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO O INTOLERANCIA AL ESFUERZO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE CON CONTARREFERENCIA DE CARDIOLOGIA QUIEN SOLICITA NUEVA REFERENCIA PARA REALIZACIÓN DE HOLTER DE 24 HORAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA PAROXISTICA, NO ESPECIFICADA	I479		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	13:23	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-12	13:23	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

