

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	PAZMIÑO	NICOLL NOEMI	23	09	1999	25 años, 2 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316479433	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-099-2039 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316479433	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Cardiología	2024	11	26
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

CEFALEA - DOLOR PRECORDIAL DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS - DISNEA- TAQUICARDIA - DISMENORREA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LEUCOC 6.84- HEMATIES 4.40- HEMOGLOB 13.8- HTO 38.9- PLAQU 341 . GLUCOSA 88.10 mg / dL [75 - 115] TGP/ALT 15.00 U / L [0 - 32] COLESTEROL TOTAL 150.00 mg / dL [0 - 200] TRIGLICERIDOS 58.00 mg / dL [0 - 150] T4 5.62- T3 1.20- TSH 1.18- TROPONINA I 0.01 CK-MB 3.00 MIOGLOBINA 12.63 RESULTADO EKG ARRITMIA SINUSAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-26	08:18	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2024-11-26	08:18	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	