

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	NELSON MATEO	14	09	2007	18 años, 4 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316609971	MANABI	CHONE	BOYACA	SANTA RITA y	097-935-1877 /
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	1316609971	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	01	27
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 DE 18 AÑOS CON ANTECEDENTES PERSONALES DE RELEVANCIA DE ANSIEDAD GENERALIZA, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD DESPUES DE PRESENTAR SINCOPE MIENTRAS SE ENCONTRABA ACOMPAÑANDO A SU PRIMO A REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS . AL INTERROGATORIO, PACIENTE REFIERE PRESENTAR UNA SENSACION DE DESMAYO DESDE HACE VARIOS MESES, PERO REFIERE QUE ULTIMAMENTE SE PRECIPITA CON MAYOR FACILIDAD DESPUES DE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. COMO OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES PACIENTE REFIERE QUE DURANTE LOS EPISODIOS SE PRESENTA VISION BORROSA - NAUSEAS Y UNA SENSACION DE OPRESION TORACICA LEVE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN LA TOMA DE SIGNOS VITALES LLAMA LA ATENCION FRECUENCIA CARDIACA DE 47 LPM.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINCOPE Y COLAPSO	R55X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	15:00	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
2026-01-27	15:00	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	