

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOVEA	NAVARRO	CESAR LUIS	06	07	2010	14 años, 3 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317300232	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS PALMERAS y 098-234-4841 / (99)-999-9999
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	1317300232	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Cardiología	2024	10	31
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 ADOLESCENTE VIENE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, PACIENTE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADO DE SU MADRE PARA REALIZAR REVISION DE ELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL REFLEJA (RITMO SINUSAL + BRADICARDIA + P LARGA + CRECIMIENTO AURICULAR). DICHO ELECTROCARDIOGRAMA SE INDICO REALIZAR POR PRESENTAR SINTOMATOLOGIA DE PALPITACIONES Y DOLOR TORACICO. SE REALIZA ENCUESTA AL ADOLESCENTE Y TAMIZAJE DE VIOLENCIA, PACIENTE NO PRESENTA RIESGO, BUEN AMBIENTE FAMILIAR Y AÑADE QUE NO HA SUFRIDO DE VIOLENCIA. AL MOMENTO DE ESTA CONSULTA PACIENTE NO HA INICIADO SU VIDA SEXUAL POR LO QUE INDICANO REQUIERE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. SE DA CHARLA SOBRE SALUD SEXUAL Y SE HACE HINCAPIE EN LOS CUIDADOS AL MOMENTO DE INICIAR SU VIDA SEXUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RITMO SINUSAL + BRADICARDIA + P LARGA + CRECIMIENTO AURICULAR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-31	10:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-10-31	10:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

