

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	PEÑA	JORGE SAMUEL	26	06	2007	19 años, 0 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	1317327714	MANABI	JUNIN	JUNIN	JUNIN y	098-323-1644 /
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	1317327714	MATERO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	21
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 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA POR REFERIR QUE DESDE HACE 6 MESES APROXIMADAMENTE LUEGO DE HABER CONSUMIDO ENERGIZANTES PUES PRESENTO UNA SENSACION DE ALERTA, DOLOR EN EL PECHO, TAQUICARDIA, CON MAREOS, NAUSEAS Y VOMITOS, TRSATABA DE DES CANSAR PERO NO PODIA, SENTIA CALENTURA EN EL PECHO Y FRIALDAD EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. SE REALIZA EKG PRESENTA RITMO SINUSAL, AMPLITUD DE COMPLEJOS QRS EN V2, V3, V4.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: EKG PRESENTA RITMO SINUSAL, AMPLITUD DE COMPLEJOS QRS EN V2, V3, V4. FC: 115 X"

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA VENTRICULAR	I472		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	09:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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 clínico

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
2026-07-21	09:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	