

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	SOLORZANO	JORGE JOHAO	15	02	2011	15 años, 0 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350017743	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 1 y X	096-873-2685 /
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	1350017743	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	02	18
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 DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ADOLESCENTE SANO EN COMPAÑÍA DE SU MADRE KATHERINE SOLORZANO. DURANTE LA ATENCIÓN PRESENTA ELECTROCARDIOGRAMAS REALIZADOS PREVIAMENTE, LOS CUALES REPORTAN PRESENCIA DE EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES. AL INTERROGATORIO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, SÍNCOPE O DISNEA, SIN EMBARGO, REFIERE EPISODIOS OCASIONALES DE PALPITACIONES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ADOLESCENTE EN CONTROL DE SALUD QUE PRESENTA ELECTROCARDIOGRAMAS CON HALLAZGO DE EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES, CON EPISODIOS OCASIONALES DE PALPITACIONES, SIN SIGNOS CLÍNICOS DE COMPROMISO HEMODINÁMICO AL MOMENTO. SE DECIDE REFERENCIA A CARDIOLOGÍA PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO Y DESCARTE DE PATOLOGÍA CARDÍACA SUBYACENTE. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA COMO SÍNCOPE, DOLOR TORÁCICO O DISNEA. MADRE COMPRENDE CONDUCTA.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESPOLARIZACION VENTRICULAR PREMATURA	I493	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	10:11	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-02-18	10:11	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

