

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	GARCIA	AMY GABRIELA	27	12	2007	18 años, 3 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350249361	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA SAN RAFAEL y	098-482-4314 /
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	1350249361	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	04	10
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 FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD, NACIDA POR CESAREA POR 36 SG POR ALTO RIESGO DE EMBARAZO. ALERGICA AL METRONIDAZOL. APQ: MADRE HIPERTENSA Y DIABETICA CONTROLADA. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PALPITACIONES DE INICIO INSIDIOSO, INTERMITENTES, QUE SE HAN VUELTO MÁS FRECUENTES EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. LA PACIENTE REFIERE SENSACIÓN DE LATIDOS CARDÍACOS ACELERADOS INCLUSO EN REPOSO, CUANTIFICANDO FRECUENCIA CARDÍACA APROXIMADA DE 120 LATIDOS POR MINUTO. NIEGA SÍNCOPE, DOLOR TORÁCICO INTENSO O DISNEA SEVERA, SIN EMBARGO MANIFIESTA EPISODIOS DE ANSIEDAD ASOCIADOS A LA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0998953260.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	R000	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	10:42	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-04-10	10:42	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	