

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ACOSTA	JOSE ANDRES	19	03	2004	21 años, 7 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350633416	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA RITA	0985427324 /
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	1350633416	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	11	14
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 21 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR BRADICARDIA EN DECUBITO HASTA 50 LXM - QUE SE NORMALIZA EN BIPEDESTACION A + DE 75 LPM / ES DEPORTISTA HACE MARATONES Y EN OCASIONES SIENTE INCONES O ACELERACION CARDIACA QUE SE ACOMPAÑA DE SENSACION DE TEMPERATURA ALTA - USA CANNABIS COTIDIANAMENTE QUE A BAJADO CONSUMO LOS ULTIMOS MESES - A EXAMEN FISICO PRESENTA ACROPAQUIAS EN DEDOS DE LAS MANOS Y PIES - FC 50LPM - NO SOPLOS - NO CAMBIOS DE COLORACION EN PIEL - DELGADES ACEPTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-14	14:41	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	



Firmado electrónicamente por
DAVID GABRIEL MEZA
MONTES

Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-14	14:41	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	