

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	CEDEÑO	JOSE JACINTO	08	12	2009	16 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350864573	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	BUENOS AIRES y SN	099-569-7161 /
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	1350864573	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	05	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE CON AP DE SALUD APARENTE, REFIERE DOLOR PRECORDIAL DE LADO IZQUIERDO EN 3 OCASIONES EN LOS ÚLTIMOS 5-6 MESES, ACOMPAÑADO DE DISNEA Y PALPITACIONES CUANDO HA OCURRIDO, NIEGA TRAUMA O GOLPES, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, SE TRATO COMO OSTEOCONDROPATIA, PERO AL EKG IMPRESIONA PATOLOGÍA. SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0958861461 - 0963612340 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, EJE CARDÍACO NORMAL, NO ARRITMIAS, NO IMPRESIONA HIPERTROFIA DE CAVIDADES AURICULARES NI VENTRICULARES, NO SIGNOS DE ISQUEMIA NI DE BLOQUEOS. SIN EMBARGO IMPRESIONA EN LA DERIVACIÓN DII UN APARENTE EXTRASISTOLE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE DESPOLARIZACION PREMATURA Y LOS NO ESPECIFICADOS	I494	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	09:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-29	09:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

