

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	VERA	MARIA ELOISA	08	01	2001	23 años, 9 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351030513	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-771-5335 /
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	1351030513	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2024	10	23
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 DE 23 AÑOS DE EDAD, TEF 0987715135-0998818776 QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR PRESIONES ARTERIALES ELEVADAS, 115/105 MMHG, ACOMPAÑADA DE RUBOR, CALOR, CEFALEA EN REGION OCCIPITAL, DOLOR PRECORDIAL 9/10, TEMBLOR, PERDIDA DE CONSCIENCIA, SE REALIZA ESTUDIOS EN AÑOS ANTERIORES EL CUAL COLOCARON MARCAPASOS, FENOMENO DE ARRITMIA SINUSAL RESPIRATORIO. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA, REQUIERE VALORACION CARDIOLOGICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REGISTRA TAQUICARDIA SINUSAL, FENOMENO DE ARRITMIA SINUSAL RESPIRATORIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	I471		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-23	08:52	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-23	08:52	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	