

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	MONTALVAN	MARIA JOSE	20	02	2009	17 años, 1 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351249824	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA SAN VICENTE y	099-386-8629 /
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	1351249824	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	2026	04	08	
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

PACEINTE FEMENINA DE 17 AÑOS ACUDE POR SOLICITUD DE REFERENCIA POR PRESENTAR ID DE TAQUICARDIA PAROXITICA NO ESPECIFICADA - AL MOMENTO REFIERE CEFALEA ESPORADICA Y ACELERACION CARDIACA - LE REALIZARON EKG QUE REPORTA RITMO SINUSAL - EJE NORMAL R-R IRREGULAR POR EXTRASISTOLES SUPRAVENTRICULARES - ARRITMIA SINUSAL RAZON POR LA CUAL SOLICITAN REFERENCIA INVERSA DESDE EL AREA DE EMERGENCIA DEL HNDC PARA CARDIOLOGIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA PAROXISTICA, NO ESPECIFICADA	I479		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	13:53	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
2026-04-08	13:53	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	