

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONTRERAS	GARCIA	BLEYDY ANIUKA	22	04	1986	38 años, 8 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	17377892	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN CARLOS y	099-219-0802 / (09)-921-9080
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	BLACOG99198604228	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	01	06
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

☐

PCT CON MARCAPASOS QUE REFIERE PALPITACIONES 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 38 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE USO DE MARCAPASOS POR BLOQUEO AV NO BIEN ESPECIFICADO, ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE COLOCACION DE MARCAPASOS HACE 8 AÑOS Y DE HERNIORRAFIA UMBILICAL HACE 14 AÑOS, REFIERE PALPITACIONES EN REPOSO DE PREDOMINIO NOCTURNO CON ADORMECIMIENTO DEL BRAZO. REFIERE ADEMÁS DESDE HACE 4 DÍAS MALESTAR GENERAL, ARTRALGIA, CEFALEA, RINORREA, DIFONÍA. AL MOMENTO NO CONTAMOS CON EKG. 0992190802

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PRESENCIA DE DISPOSITIVOS CARDIACOS ELECTRONICOS	Z950		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	11:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-01-06	11:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

