

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SIMBAÑA          | TORRES           | KELVIN ANDERSON | 09                  | 06  | 2011 | 15 años, 0 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1751283670        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | SD y                         | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1751283670      | 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  | 07  | 08  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, AP DE SALUD APARENTE, REFIERE DOLOR PRECORDIAL DE LADO IZQUIERDO DE +/- 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN SIN CAUSA APARENTE, ESPORÁDICA, DE FORMAR BRUSCA EN OCASIONES AL HACER ACTIVIDAD FISICA O EN REPOSO Y QUE DESAPARECE ASÍ COMO APARECIÓ, ACOMPAÑADO DE SENSACIÓN DE AHOGO EN OCASIONES, NIEGA OTROS SINTOMAS, SE ENVÍA REFERENCIA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. \*\*\* 0962593901 - 0963524502 \*\*\*

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, FC: 74 LPM, EJE CARDÍACO DESVIADO A LA DERECHA, SE OBSERVA RSR' EN V1, NO IMPRESIONA HIPERTROFIA DE CAVIDADES AURICULARES NI VENTRICULARES, NO SIGNOS DE ISQUEMIA NI DE BLOQUEOS.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE BLOQUEO DEL CORAZON | I455   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-08 | 08:20 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-08 | 08:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY | 93     |       |

