

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	VARELA	JUAN JOSE	10	05	2012	12 años, 6 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1752566768	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-074-5050 /
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	1752566768	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	27
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	☐	EXTRASISTOLE CARDIACA	

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD, NO SE REFIEREN ANTECEDENTES CLINICOS O QUIRURGICOS, APF: DE PADRE CON OPERACION CARDIACA HACE 1 MES Y MEDIO POR SOPLO AORTICO + CAMBIO DE MARCAPASOS POR BLOQUEO NO ESPECIFICADO. PACIENTE CON CUADRO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CINOSIS FACIAL Y PALMAR, ADEMAS DE SENSACION DE FRIO EN DICHOS LUGARES, A VALORACION CARDICA SE AUSCULTA EXTRASISTOLE PRINCIPALMENTE EN FOCO MITRAL. NO SE REALZIA EKG POR FALTA DE PAPEL EN UNIDAD. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD. NUMERO TELEFONICO 0980745050 // 0993232387
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA		I499	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	08:54	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-11-27	08:54	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	