



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1306408483								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Sanchez	Parraga	Rene	Bolivar	H	24-03-1954	70	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0959576497//0993357188		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1315	131550	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Cardiologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE ADULTO MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD CON APF: PADRE FALLECIDO CON OSTEOSARCOMA- HERMANA CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (NO RECUERDA PACIENTE)APP: SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. HABITOS TÓXICOS: FUMADOR DESDE LOS 15 AÑOS DE EDAD Y DEJO HACE 16 AÑOS- UNA CAJETILLA DIARIA- BEBEDOR SOCIALACUDE POR CONSULTA EXTERNA POR REFERIR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS DE MAS O MENOS 3 MESES DE EVOLUCIÓN- ACOMPAÑADO DE ASTENIA E INSOMNIOAL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS- GLASGOW 15/15- NORMOHIDRATADO- PUPILAS ISOCORICAS- REACTIVAS A LA LUZ- CUELLO NO ADENOPATIAS- NO SIGNOS DE INGURGITACION YUGULAR- OROFARINGE NO CONGESTIVA- TORAX: RUIDOS CARDIACOS ARRITMICOS NO SE AUSCULTA SOPLOS- PULMONAR MURMULLO VESICULAR CONSERVADO- ABDOMEN RHA PRESENTE- NO MEGALIAS-EXTREMIDADES SIMETRICAS- NO EDEMAS- PULSOS DISTALES PRESENTES- NYHA IISE ENVIA A REALIZAR ELECTROCARDIOGRAMA DONDE SE EVIDENCIA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR ACELERADA MAS CRECIMIENTO DE CAVIDADES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ELECTROCARDIOGRAMA: SE EVIDENCIA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR ACELERADA MAS CRECIMIENTO DE CAVIDADES ?HEMIBLOQUEO DE FASCICULO ANTERIOR?- POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR CARDIOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Arritmia Cardiaca No Especificada		I499		X	4.					
2.	Fibrilacion Y Aleteo Auricular		I48X	X		5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-30	04:33	Karen	Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310488075				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO	

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO



B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		