



| 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           | Hospital Basico De Calceta - Anibal Gonzales Alava |                                  | HB        | 0924437783                                              |  |                   |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                                    | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Espinoza                                                    |  | Veliz            |                                                    | Mayra                            |           | Aracely                                                 |  | M                 | 27-10-1987       | 37   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                                    |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                                    | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  | MOTIVO            |                  |      |                         |
| 0989785466                                                  |  |                  |                                                    | X                                |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                                    | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           | PARROQUIA                                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                         |
| 13                                                          |  | 1302             | 130252                                             | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  | X                 |                  |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                                    | 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 FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD CON APP DE HERNIA DISCAL LUMBAR + ANTECEDENTE DE HISTOPLASMOSIS EL CUAL ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE DOS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISNEA A LA DEAMBULACION- TOS QUE MOVILIZA SECRECIONES- ORTOPNEA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES- ADEMAS HA REFERIDO DOLOR EN PECHO DE LEVE INTESDNIDAD- PACIENTE LA CUAL A LA AUSCULTACION CON DISMINUCION DE MURMULLO VESICULAR- SIN DEPENDENCIA OXIGENO. PACIENTE AL MOMENTO CONCIENTE ORIENTADA HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA. GLASGOW 15/15 |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| EKG: BRADICARDIA SINUSALLABORATORIOS: HB 15-5 HTCO: 44-3 PLAQUETAS: 534.000 GB: 13-86 NEUT: 83-1 UREA: 26 CREATININA: 0-65 TGO: 37-68 TGP: 73-51RADIOGRAFIA DE TORAX. SE EVIDENCIA CARDIOMEGALIA |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                        | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | Insuficiencia Cardiaca No Especificada |                                    | I509 | X   |     | 4.  |     |     |
| 2.             | Cardiomegalia                          |                                    | I517 |     | X   | 5.  |     |     |
| 3.             |                                        |                                    |      |     |     | 6.  |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-11-14                            | 12:09        | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |