



| 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 General Napoleon Davila Cordova                | HG             | 1306227552                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                           | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Caicedo                                                     | Caicedo          | Nelli                                                   | Cheril         | M                                | 23-04-1969        | 55   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                                         |                |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                                              |                | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0968220718                                                  |                  | X                                                       |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.                             |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 3. Falta de equipamiento.                               |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 4. Equipos en mal estado.                               |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 5. Problemas de infraestructura.                        |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                                               |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130357                                                  |                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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 | Cardiología  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MEDICADA CON LOS ARTAN 100 MG Y AMLODIPINO TABLETA 5 MG- ACUDE POR LA EMERGENCIA DEL HOS PITAL NAPOLEÓNCON TA 209/109 A PES AR DE MEDICACIÓN- CON DEBILIDAD GENERALIZADA Y HORMIGUEO FACIAL MANDIBULAR |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. DIAGNÓSTICO                                                            | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Enfermedad Cardiac Hipertensiva Sin Insuficiencia Cardiac (Congestiva) |                                 | I119 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                                                        |                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                                                        |                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-01-10                            | 10:20        | Jose          | Andrade         | Garcia           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1307021061                            |              |               |                 |                  |

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