



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	Santa Rita		CS	1314339662																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Chavez		Zambrano		Angel		Limber		H	21-06-1996	28	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																	
0996525928				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.																		
13		1303	130302		3. Falta de equipamiento.																		
					4. Equipos en mal estado.																		
					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 MESCULINO DE 28 A CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 99% ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE- AP: HTA (ENALAPRIL 10 MG QD)-GLAUCOMA- AQX: APENDICECTOMIA- COLOSTOMIA Y POSTERIOR RECONEXION. PRESENTA CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIONCARACTERIZADO POR DOLOR PRECORDIAL MODERADO A SEVERO QUE SE IRRADIA A BRAZO IZQUIERDO- EL CUAL SE PRESENTA CASI A DIARIO. MADREREFIERE QUE CUANDO PRESENTA EPISODIOS EXTREMIDADES DISTALES SE PONEN FRIAS Y PALIDA- EPISODIOS OCURREN MAS CUANDO PACIENTE ESMOVILIZADO FUERA DE CASA. PREVIAMENTE HA ACUDIDO POR AREA DE ER Y CARDIOLOGO DONDE SE LE HA REALIZADO EKG Y ECOCARDIOGRAMALOS CUALES REPORTAN HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA. TRAE PRUEBA DE TROPONINA I ULTRASENSIBLE: 0.12 (VN 0.01-0.3). SE SOLICITA REF ASEGUNDO NIVEL PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD. NOTA: SE SUBE ATENCION DEL 26 DIAS POSTERIORES POR INTERMITENCIAS EN SIST PRASS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
24-12-24: TROPONINA I ULTRASENSIBLE: 0.12 (VN 0.01-0.3 ECOCARDIO: REMODELADO CONCENTRICO DEL VI

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Angina De Pecho No Especificada		I209	X		4.						
2.						5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025-01-13	10:29	Leonardo		Mendoza		Velasquez	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO		
1709823288							

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	