



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	1309001756					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Mera		Intriago		Hitler		Vicente		H	23-08-1977	47	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
096-323-3092				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X	
13		1303		130302		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		Ginecologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD. CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE10 AÑOS EN MANEJO ACTUAL CON ATENOLOL 100 MG- CLORTALIDONA 50 MG Y LOSARTAN 100 MG. ADEMAS DE DIABETES MELLITUSTIPO 2 HACE 10 AÑOS EN TRATAMIENTO ACTUAL CON METFORMINA 1000 MG E INSULINA 50 UI AM 45 UI PM. OTROS ANTECEDENTESDE IMPORTANCIA: CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL POR 20 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR HINCHAZON. DURANTE ELINTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO DESTACAN SIGNOS DE SOBRECARGA DE LIQUIDOS INCLUYENDO: EDEMA DEPRESIBLE Y PALPABLEFOVEA +++- ASCITIS ABDOMINAL- ORTOPNEA + DISNEA DE ESFUERZO- CREPITANTES BILATERALES DE PREDOMINIO BASAL- AUMENTODE PESO. A LA AUSCULTACION RUIDOS CARDIACOS LIGERAMENTE HIPOFONETICOS. ONDA ASCITICA POSITIVA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SIN AGENDAMIENTO EN PRESTADORES. PACIENTE NIEGA POSIBILIDAD DE REALIZAR EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DE MANERAPARTICULAR POR DESEMPLEO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Cardiaca No Especificada		I509	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-12	08:40	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		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	