



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	Ricaurte	CS	1701532465						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Intriago	Muñoz	Jesus	Apolinaria	M	15-03-1934	90	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0992934464		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
13		1303		130356		X				

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 FEMENINO DE 90 AÑOS DE EDAD- QUE ES VISITADO POR EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD. PACIENTE PRESENTA RESULTADOS DE EXAMENES DONDE DESCRIBE PATOLOGIAS COMO: CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA- INSUFICIENCIA DE LA VALVULA MITRAL DE GRADO MODERADO- INSUFICIENCIA DE LA VALVULA TRICUSPIDE DE GRADO MODERADO- TRAE CONSIGO ECOGRAFIA RENAL DONDE DESCRIBE EN EL INFORME MICROLITIASIS- ADEMAS SE OBSERVA FORMACIONES QUISTICAS SIMPLE LA MAYOR MIDE 20X12 MM. RESULTADOS DE LABORATORIO UREA 150 CREATININA 3.15 VALORES DE TGO 86 TGP 72 HEMOGLOBINA DE 10.4 AL MOMENTO ACTIVO- ELECTIVO- ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS- MOVILIDAD- TONO NORMAL- FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. INDICACIONES: MEDIDAS GENERALES- CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE- CONSUMO DE AGUA SEGURA- EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MINUTOS AL DÍA- LAVADO DE MANOS- SIGNOS DE ALARMA. PLAN: EXÁMENES DE LABORATORIO DE RUTINA- CONTROL SUBSECUENTE. SE EMITE REFERENCIA A CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA- INSUFICIENCIA DE LA VALVULA MITRAL DE GRADO MODERADO- INSUFICIENCIA DE LA VALVULA TRICUSPIDE DE GRADO MODERADO- TRAE CONSIGO ECOGRAFIA RENAL DONDE DESCRIBE EN EL INFORME MICROLITIASIS- ADEMAS SE OBSERVA FORMACIONES QUISTICAS SIMPLE LA MAYOR MIDE 20X12 MM. RESULTADOS DE LABORATORIO UREA 150 CREATININA 3.15 VALORES DE TGO 86 TGP 72 HEMOGLOBINA DE 10.4

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Cardiomiopatía Isquemica	I255	X	4.			
2.	Insuficiencia (De La Valvula) Mitral	I340	X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-09	02:27	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311538662				

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	