



| 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           | San Bartolo              |                                  | CS        | 1316234176                         |  |                                                         |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Alonzo                                                      |  | Valencia         |                          | Maria                            |           | Nicoll                             |  | M                                                       | 16-06-2000       | 24   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                    |  |                                                         |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                  |      |                         |
| 0967784586                                                  |  |                  |                          | 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                                                          |  | 1302             |                          | 130250                           |           | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUJER DE 24 AÑOS DE EDAD CON APP DE ARITMIA CARDIACA CON INDICACIONES DE CARDIOLOGIA HACE 8 MESES TRATAMIENTO BISOPROLOL 2-5 MG VO QD- SECUNDIGESTA NULIPARA AGO ; G 1 P 0C1 A 0 . APQ ; CESAREA SEGMENTARIA #1 ALERGIA NIEGA APF ABUELA PATERNA DM Y HTA --ACUDE POR CONTROL PRENATAL # 2 CON EMBARAZO DE 14-2 SEMANAS DE GESTACION POR ECOTEMPRANO Y FUM (16/11/24) - NIEGA SANGRADO - NIEGA DOLOR ABDOMINAL - NIEGA FIEBRE- REFIERE CEFALEA DE EVA DE 6/10 DE MANERA ESPORADICA- NIEGA ESCOTOMA - NIEGA ACUFENOS ALEXAMEN FISICO ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO - GLOBULOSO - DEPRESIBLE - RHA PRESENTES - HOY ALERTA AFEBRIL NO SIGNO DE VASOESPASMO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA TRNASLUCENCIA NUCAL 18/02/25 REPORTA EMBRAZO DE 13SG- FETO UNICO VIVO - SONOLUSCENCIA NUCAL 1MM (NORMAL ) LCR 67MM ( NORMAL ) CORION PLACENTARIO DE IMPLANTACION ANTERIORDISCRETAMENTE BAJA |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Arritmia Cardiaca No Especificada                              |                                    | I499 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             | Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion |                                    | Z359 |     | X   | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                                |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-03-10                            | 03:28        | 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |