



| 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 Basico De Flavio Alfaro - San Andres                                                                                                                          |                                     | HB               | 1304406588                       |                         |                   |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                         | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO | EDAD                             | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                   |   |   |   |  |
|                                                             |                  |               |                                                                                                                                                                        |                                     |                  |                                  | H                       | D                 | M | A |   |  |
| Lopez                                                       | Alcivar          | Santa         | Edith                                                                                                                                                                  | M                                   | 08-01-1963       | 62                               |                         |                   |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |               | REFERENCIA                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN       | <input type="checkbox"/>         | MOTIVO                  |                   |   |   |   |  |
| 0988859108                                                  |                  |               |                                                                                                                                                                        |                                     |                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |               |                                                                                                                                                                        |                                     |                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA     |                                                                                                                                                                        |                                     |                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1305             | 130550        |                                                                                                                                                                        |                                     |                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
|                                                             |                  |               | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |                                     |                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
|                                                             |                  |               | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                     |                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |

| 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 PRESENTA DOLOR PRECORDIAL DESDE HACE 8 DIAS QUE SE IRRADIA HACIA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO- ACOMPAÑADO DE MAREOS Y CEFALEAS- CSPS. CLAROS- RSCS. RITMICOS |

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

| 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 |
| 2025-01-21                            | 09:49        | Mirella       | Zambrano        | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1304999939                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |