



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	Chone	CS-C	1313708065						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Mendoza	Salto	Jaidy	Jossenka	M	14-09-2001	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN MOTIVO					
0995908322			1. Accesibilidad geográfica.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.							
13	1303	130301	4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							
			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	Cardiología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE PRIMIGESTA ACUDE A CONTROL PRENATAL CURSA 13.8 POR FUM AGO: G0 P0 A0 C0- // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: ABUELA MATERNA HTA- PADRE HTA- TIA PRECLAMPSIA- TIA CA LARINGE // . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- ASINTOMÁTICA; NO SANGRADO- NO SECRECIONES VAGINALES- NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA . RUIDOS CARDIACOS RITMICOS - CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN PLANO GRAVIDO- PRESENTACION: INDETERMINADA- AFU: NO VALORABLE- FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES NO AUDIBLES EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL GANANCIA ADECUADA / SCORE MAMA: 0 RO: BAJO TIRILLA PROTEINURIA NO APLICA - DURANTE LA CONSULTA FC MATERNA 89- 90 HEPATITID NO REACTIVA FACTOR RH POSITIVO GLUCOSA 84 UREA 10.30 MNCREATININA 0.50 ACIDO URICO 2.7 HB 11.6 TOXOPLASMOSIS CITOMEGALOVIRUS RUBEOLA ANTI HERPAS NORMALES TSH 1.78 T4 12.10 EMO NORMAL VAGINA SECRECION BACILOS GRAM POSITIVOS COCOS... ECOGRAFIA 13.3 FCF 159 PODALICO TODO BAJO NORMALIDAD... SOLO REFIERE SECRECION VAGINAL BLANCA SIN MAL OLOL NI PRURITO... COVID Y ZIKA NEGATIVO...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PARA UNA EVALUACION POR SU TAQUICARDIA MATERNA...

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Taquicardia No Especificada		R000		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-13	10:44	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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



MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1313708065	
-----	--	--	--	------------	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Centro De Salud Tipo C (Chone)	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Normal- R-R Regular- Sin Alteraciones Especificas Del Segmento St Frecuencia Cardiaca 95 Lpm
Ecg Previo De Control.: Normal
Control En 1 Mes
Se Solicita Tsh
Al Momento Sin Turno Disponible Para 1 Mes- Se Envia A Estadística Para Agendar

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Taquicardia Paroxística No Especificada		I479		X	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	
1311890055				