



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	Quiroga		CS	1303206237								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Quijije		Zambrano		Manuel		Gilberto		H	10-06-1935	89	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0979248371				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA <td colspan="2">3. Falta de equipamiento.</td> <td colspan="2">8. Inadecuada capacidad resolutive</td> <td colspan="4">X</td>		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
13		1302		130252		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		Cardiología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA LO CUAL NO CONSUME MEDICACION- CURSA CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR ASTENIA Y FALTA DE AIRE CON LEVES ESFUERZOS. SE REALIZO VARIOS ESTUDIOS COMO EKG DONDE SE EVIDENCIA FIBRILACION AURICULAR + HIPERTROFIA DE CAMARA CARDIACA VENTRICULAR DERECHA POR POSIBLE HIPERTENSION PULMONAR. RX SE EVIDENCIA CARDIOMAGALIA (ICT 0.64 GRADO III) Y AUMENTO MARCADO DE TRAMA BRONCOVASCULAR DERECHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA LO CUAL NO CONSUME MEDICACION- CURSA CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR ASTENIA Y FALTA DE AIRE CON LEVES ESFUERZOS. SE REALIZO VARIOS ESTUDIOS COMO EKG DONDE SE EVIDENCIA FIBRILACION AURICULAR + HIPERTROFIA DE CAMARA CARDIACA VENTRICULAR DERECHA POR POSIBLE HIPERTENSION PULMONAR. RX SE EVIDENCIA CARDIOMAGALIA (ICT 0.64 GRADO III) Y AUMENTO MARCADO DE TRAMA BRONCOVASCULAR DERECHA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Fibrilacion Y Aleteo Auricular		I48X		X	4.					
2.	Insuficiencia Cardiaca No Especificada		I509		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2024-12-11	12:21	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	
MSP					CENTRO DE SALUD	1303206237			

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	Quiroga	13D06	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Fibrilacion Auricular De Respuesta Ventricular Conservada
Exámenes De Control: Sangre Oculta En Heces Positivo (03/01/2025) 2-12 Urea: 50 K: 5.40
Rx De Torax
Cardiomegalia Grado Iii

Tratamiento
Nevibolol 1.25 Mg Cada Dia
Furosemida 20 Mg Cada Dia
Control En 3 Meses
Pendiente Inicio De Anticoagulante Por Sangre Oculta Positivo
Se Indican Signos De Alarma

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Fibrilacion Auricular Persistente		I481		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				