



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	001415	San Antonio	CS-A	1304466020							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Vite	Zambrano	Rita	Elena	M	13-11-1951	73	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-202-3426 /			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			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								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130301									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Miguel Alcivar	Consulta Externa	Cardiología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 73 AÑOS- CON APP: HTA EN TTO CON LO VALSARTAN 160 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG QD. APF: NO REFIERE-ACUDE PARA REVISIÓN DE RX DE TORAX REALIZADA EL 22/07/2025 EN LA QUE INFORME REPORTA CARDIOMEGALIA- BOTON AORTICOPROMINENTE CON CALCIFICACIONES PARIETALES- BORRAMIENTO SENO COSTOFRENICO IZQUIERDO EN RELACION CON DERRAMEPLEURAL. ENGROSAMIENTO LA TRAMA BRONCOVASCULAR CON SIGNOS DE SOBRECARGA. ELEMENTOS OSEOS CON CAMBIOSDEGENERATIVOS. ACUDE CON INFORMA DE MAPA REALIZADO EL 23/07/2025 QUE REPORTA: PROMEDIO SYS: GENE 115- DIA: 119-NOCHE: 106 Y DIA: GENE 61-DIA: 65- NOCHE: 55. REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR TOS NO PRODUCTIVA DE LARGADATA- QUE NO SE ACOMPAÑAN DE OTROS SINTOMAS- NIEGA DISNEA AL ESFUERZO. REFIERE SINTOMATOLOGIA DE TOS NOPRODUCTIVA DESDE LA ADOLESCENCIA- REFIERE AGUDIZACIÓN DE SINTOMATOLOGIA EN CIERTOS MESES DEL AÑOS. REFIERECOCINAR CON LEÑA DURANTE 60 AÑOS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LEVE SIBILANCIA EN BASE PULMONAR DERECHA- RESTO DEEXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA- ESTABLE- COLABORA CON INTERROGATORIO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NUMERO: 0992023426 // 0963048513

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Insuficiencia Cardiaca Congestiva		I500		X	4.						
2.	Hernia Umbilical Sin Obstruccion Ni Gangrena		K429		X	5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-10	08:32	Esther	Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311821787				

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	