



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	Ricaurte	CS	2300284276							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Vera	Adrian	Samuel	H	28-08-2007	17	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0980872721		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
13	1303	130356	5. Problemas de infraestructura.	X							

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 DE 17 AÑOS DE EDAD- QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE S U CUIDADORA POR CONTROL MEDICOGENERAL Y REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR Y MOLESTIAS AL REALIZAR DEPOSICIONES. ANTECEDENTESPATOLOGICOS PERSONALES: SINDROME DE DOWN + DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 75 % ANTECEDENTES PATOLOGICOSQUIRURGICOS: APENDICECTOMIA. ALERGIAS NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ENBUENAS CONDICIONES CLINICAS- AFEBRIL- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ABDOMEN BLANDO- DEPRESIBLE- CON DOLOR DIFUSO ALA PALPACION S UPERFICIAL Y PROFUNDA. PACIENTE REFIERE ACUDIR PARA REFERENCIA POR ECOCARDIOGRAMA PENDIENTE. PLAN:REFERENCIA A CARDIOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD- QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE S U CUIDADORA POR CONTROL MEDICOGENERAL Y REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR Y MOLESTIAS AL REALIZAR DEPOSICIONES. ANTECEDENTESPATOLOGICOS PERSONALES: SINDROME DE DOWN + DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 75 % ANTECEDENTES PATOLOGICOSQUIRURGICOS: APENDICECTOMIA. ALERGIAS NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ENBUENAS CONDICIONES CLINICAS- AFEBRIL- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ABDOMEN BLANDO- DEPRESIBLE- CON DOLOR DIFUSO ALA PALPACION S UPERFICIAL Y PROFUNDA. PACIENTE REFIERE ACUDIR PARA REFERENCIA POR ECOCARDIOGRAMA PENDIENTE. PLAN:REFERENCIA A CARDIOLOGIA.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Soplo Cardiac No Especificado	R011	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-20	11:01	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311538662				

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	2300284276	

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	Ricaurte	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Bradicardia Sinusal- Bloqueo Incompleto De Rama Derecha

Solicito Exámenes De Control

Rx De Torax

Control En 1 Mes Con Exámenes

Se Programa Ecocardiograma Holter En Citas Posteriores

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Arritmias Cardiacas Especificadas		I498		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				