



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	1303761587									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Mejia	Zambrano	Felipe	Nolberto	H	06-07-1960	64	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
096-729-4323		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130302	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	Cardiologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
USUARIO CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL- REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 4 A 5 MESES PRESENTA FATIGA FÁCIL (DISNEA??) EN SITUACIONES PROPIAS DEL TRABAJO (JORNALERO) ADEMÁS MENCIONA EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES QUE DEJA FÓVEA- REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE EN EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024 PRESENTA DOLOR DE GRAN INTENSIDAD DE ZONA PRECORDIAL SIN EMBARGO REFIERE QUE NO ACUDE A LA ATENCIÓN MÉDICA- ACTUALMENTE REFIERE QUE PERSISTE DISNEA- TOS NOCTURNOS EN FLEMA S OPORTA EL DECUBITO DORSAL POR LO QUE NECESITA REPOUSAR EN POSICIÓN DE ORTOPNEA- AL MOMENTO LEVE EDEMA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
XXX	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva Con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)		I110	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-13	03:00	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	1303761587	

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- Bloqueo Completo De Rama Izquierda- Extrasistoles Ventriculares Frecuentes (Bigeminadas- Trigeminadas)

Exámenes (Trae Paciente) Hgb: 13.3 Hto: 42 Plaquetas: 272 Glucosa: 88 Urea: 31 Creatinina: 0.80 Ac. Urico: 4.20 Triglicéridos: 98 Colesterol 152 Tgo: 27 Tgp: 17

Solicito Probnp- Tsh

Control En 1 Mes Con Resultados

Se Programa Holter 24 Horas / Ecocardiograma

Ecografía Abdominal

Tratamiento

Losartan 50 Mg Cada Dia

Espironolactona 25 Mg Cada Dia

Dapagliflozina 10 Mg Cada Dia

Furosemida 40 Mg Cada Dia (Hasta Proxima Cita)

Pendiente Inicio De Betabloqueador (Posterior A Holter 24 Horas)

Al Momento Sin Turnos Disponibles A 1 Mes Se Envía A Estadística

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Arritmias Cardiacas Especificadas	I498		X	4.			
2.	Enfermedad Cardiac Hipertensiva Con Insuficiencia Cardiac (Congestiva)	I110		X	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				