



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1304600289							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Vera	Urania	Elena	M	31-10-1935	90	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN MOTIVO						
0979781833 / 0981729877			1. Accesibilidad geográfica.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.								
13	1315	131550	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	Cardiologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ADULTA MAYOR DE 90 AÑOS- CON APP DE HTA- DM2. CON COMPLICACIONES OFTÁLMICAS Y NEUROPÁTICAS... LLEVA TTO CON INSULINA NPH. LOSARTAN- AMLODIPINO Y ESTATINAS?AHORA ES TRAIDA POR SUS FAMILIARES PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ELLO SE REFIERE A II NIVEL PARA SU ADECUADA VALORACIÓN Y LLENADO DEL ANEXO 002.POR NO CONTAR CON LOS MEDICAMENTOS QUE LA PACIENTE REQUIERE COMO AMLODIPINO ISGLT2...ETC. SE DECIDE REFERIR A CARDIOLOGIA PARA SU ADECUADO ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CONCIENTE Y ORIENTADA EN T. E. P. ES TRAIDA EN SILLA DE RUEDAS? AL MOMENTO REFIERE DISMINUCIÓN SEVERA DE LA AGUDEZA VISUALTA: 170/ 100MMHG- REFIERE QUE NO HA ESTADO TOMANDO SUS MEDICAMENTOS POR QUE NO HAY EN EL CENTRO DE SALUD? SE INDICA EX. DE LAB. EKG- ECG- MAPA HOLTER. HBA1C. YREFERENCIA A II NIVEL PARA VALORACIÓN MULTIDICIPLINARIA.REQUIERE AYUDA PARA REALIZAR ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON 35 PUNTOS POR INDICE DE BARTHEL (DEPENDENCIA MODERADA)

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Cardiaca Hipertensiva Con Insuficiencia Cardiaca (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
2026-01-28	03:12	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	