



| 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           | Hospital General Napoleon Davila Cordova |                              | HG        | 1311606774                         |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |
| Rodriguez                                                   |  | Salavarría       |                                          | Angel                        |           | Leodan                             |  | H                                                       | 09-05-1981       | 44   | H                       | D | M | A |   |
|                                                             |  |                  |                                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |   |
| 0998902386                                                  |  |                  |                                          | X                            |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                                          | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                                          | PARROQUIA                    |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  | X    |                         |   |   |   |   |
| 13                                                          |  | 1303             |                                          | 130354                       |           | 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 MASCULINO DE 44 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HACE 10 MESES- ACTUALMENTE ENSEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA. REFIERE QUE LE DIAGNOSTICARON UNA VALVULOPATÍA CARDÍACA NOESPECIFICADA. ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR DESDE HACE VARIAS SEMANAS SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE ALESTAR ACOSTADO- REQUIRIENDO ELEVAR LA CABECERA PARA PODER DORMIR- CORRESPONDIENTE A ORTOPNEA CLASIFICADA COMONYHA IV. ASOCIA TOS DE PREDOMINIO NOCTURNO- PALPITACIONES Y EPISODIOS OCASIONALES DE DOLOR TORÁCICO OPRESIVO.REFIERE- ADEMÁS-CEFALEAS RECURRENTES DE INTENSIDAD VARIABLE- PARESTESIAS INTERMITENTES EN EXTREMIDADES YMALESTAR GENERAL. MANIFIESTA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INDICADO POR ESPECIALISTAS- DEBIDO A PRESENCIA DEEFECTOS ADVERSOS QUE LE GENERAN INCOMODIDAD- POR LO QUE SUSPENDE FRECUENTEMENTE LA MEDICACIÓN. ACTUALMENTESOLO UTILIZA LOSARTAN 50 MG QD EN LAS MAÑANAS Y CLOPIDOGREL 75 MG QD CON EL ALMUERZO. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RECuento de GLóBULOS ROJOS 5.48 X106/UL- HEMOGLOBINA 16.4 G/DL- HEMATOCRITO 47.4 %- VCM 86.6 UM³- HCM 30 PG- CHCM34.6 G/DL- RDW-CV 12.8 %- RDW-SD 42.3 UM³- PLAQUETAS 185 X10³/UL- MPV 9.5 UM³- PDW 16.4 %- GLóBULOS BLANCOS 6.75X10³/UL- GRANULOCITOS 4.10 X10³/UL Y LINFOCITOS 2.10 X10³/UL. GLUCOSA 111.84 MG/DL- TRIGLICéRIDOS 129.63 MG/DL-COLESTEROL TOTAL 138.75 MG/DL Y VLDL 25.93 MG/DL. UROANÁLISIS CON COLOR AMARILLO- ASPECTO TURBIO- DENSIDAD 1.015- PH6- LEUCOCITOS NEGATIVO- NITRITOS NEGATIVO- PROTEÍNAS NEGATIVO- GLUCOSA NEGATIVO- CETONAS NEGATIVO- UROBILINóGENONEGATIVO Y BILIRRUBINAS NEGATIVO. EN EXAMEN MICROSCóPICO DE ORINA SE OBSERVAN CélULAS EPITELIALES 1?2 POR CAMPO-LEUCOCITOS 1?2 POR CAMPO- HEMATÍES 0?1 POR CAMPO Y PRESENCIA DE BACTERIAS ++ |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                        | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  |  | CIE | PRE | DEF |  |
|----------------|----------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|--|-----|-----|-----|--|
| 1.             | Insuficiencia Cardíaca No Especificada |                                    | I509 | X   |     | 4. |  |  |  |     |     |     |  |
| 2.             |                                        |                                    |      |     |     | 5. |  |  |  |     |     |     |  |
| 3.             |                                        |                                    |      |     |     | 6. |  |  |  |     |     |     |  |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-02-04                            | 04:18           | Luisa         |  | Mendoza         | Alcivar          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1315226454                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |