



| 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      | 1304815176                         |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                      | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Velasquez                                                   |  | Macias           |                                | Jose                             |           | Alfredo                            |  | H                         | 30-10-1958        | 67                                                      | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                |                                  |           |                                    |  |                           |                   |                                                         | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  |                           |                   |                                                         |                         |
| 099-043-8039 /                                              |  |                  |                                | X                                |           | MOTIVO                             |  |                           |                   |                                                         |                         |
| 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                      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                                | 1315                             |           | 131550                             |  | 4. Equipos en mal estado. |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |
|                                                             |  |                  |                                | 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 67 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES DE LUMBALGIA S ECUNDARIA A ES PONDIOLIS TES IS Y HERNIA DIS CAL-ACTUALMENTE EN MANEJO CON TERAPIAS FIS ICAS - QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DIS NEA DE MEDIANOS ES FUERZOS Y DOLOR TORÁCICO TIPO OPRES IVO DE LEVE INTENS IDAD- S IN IRRADIACIÓN-DE PRES ENTACIÓN INTERMITENTE- EL CUAL CEDE CON LA TOMA DE AS PIRINA INDICADA POR MÉDICO PARTICULAR...AHORA AC UDE POR LAI/C.- SOLIC ITANDO REFERENC IA A CARDIOLOGÍA POR LA ANGINA DE PEC HO... AL MOMENTO C ON BEG- AL EX. FISIC O: MUC OSAS NORMOC ROMIC AS AR: MV NORMAL. ACV: RSCS HIPOFONETIC OS- ARRITMIC OS... TA: 140/80MMHG. MI SIN EDEMA... S E REFIERE A II NIVEL C ON C ARDIOLOGIA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AL EX. FISIC O: MUC OSAS NORMOC ROMIC AS AR: MV NORMAL. ACV: RSCS HIPOFONETIC OS- ARRITMIC OS... TA: 140/80MMHG. MI SIN EDEMA. |

| E. DIAGNÓSTICO |                                   | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Arritmia Cardiaca No Especificada |                                    | I499 |     | 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 |
| 2026-06-01                            | 04:05           | 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |