

**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 Basico De Calceta - Anibal Gonzales Alava | HB        | 1311707119                                              |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                     | SEXO      | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
|                                       |                  |               |                                                    |           |                                                         |      | H                       | D | M | A |
| Loor                                  | Cedeño           | Sofia         | Elizabeth                                          | M         | 28-11-1983                                              | 42   |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               | REFERENCIA                                         | X         | DERIVACIÓN                                              |      | MOTIVO                  |   |   |   |
| 0981877454                            |                  |               |                                                    |           |                                                         |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |               |                                                    |           |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA     |                                                    |           |                                                         |      |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1302             | 130250        | 1. Accesibilidad geográfica.                       |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |               | 2. Falta de espacio físico.                        |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |               | 3. Falta de equipamiento.                          |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | X    |                         |   |   |   |
|                                       |                  |               | 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

PRESENTA DISNEA A PEQUEÑOS ESFUERZOS PALPITACIONES- DECAIMIENTO- MARCADA CIFRAS ALTA DE TENSION ARTERIAL- EDEMAS EN MIEMBROS INFERIOR.

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DISNEA

## E. DIAGNÓSTICO

| E. DIAGNÓSTICO |                                        | PRE= PRESUNTIVO 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 |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-05-22                            | 10:00           | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |                 |               |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO |  | DERIVACIÒ JUSTIFICADA | SI | NO |  |
|------------------------|----|----|--|-----------------------|----|----|--|
|------------------------|----|----|--|-----------------------|----|----|--|

## CONTRAREFERENCIA

7

## REFERENCIA INVERSA

7

**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                     |           |                          | HOSPITAL BASICO | 1311707119                       |                   |

**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                     | Hospital Basico De Calceta - Anibal Gonzales Alava | 13D06    | //                 |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO****D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS****E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Normal- Sin Alteraciones Del Segmento St

Programo Holter 14 Horas  
Control Con Resultados  
Solicito Examenes De Control

| F. DIAGNÓSTICO |                                                                          | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Taquicardia Paroxistica No Especificada                                  |                                 | I479 |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             | Enfermedad Cardiaca Hipertensiva Sin Insuficiencia Cardiaca (Congestiva) |                                 | I119 |     | 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           |                  |
| 1311890055                            |                 |               |                 |                  |