



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	Convento	CS-A	1308419405							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Salvatierra	Palma	Clemencia	Gaudelia	M	21-02-1955	70	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0989004665		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	130353	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	
PACIENTE FEMENINA ADULTA MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 40% SE BRINDA ATENCIÓN MEDICA Y DEENFERMERÍA GRUPO EAIS. REFIERE LESION DERMICA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN ENSEGUIMIENTO CON MEDICO PARTICULAR DERMATOLOGO. ADEMAS- REFIERE QUE TIENE HIPERTIROIDIS MO TRATADA CON METIMAZOL 25 MG QD- INDICA QUE HA S USPENDIDO S U MEDICACIÓN DESDE HACE 2 MESES Y NO HA SEGUIDO ATENCIONES POR MEDIO DEL SEGURO- DE APP: HIPERTENSION TRATADO CON AMLODIPINO 5MG+VALSARTAN 160 MG+HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG QDHIPERTIROIDISMO- INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. APQ: SALPINGECTOMIA BILATERAL- COLPORRAGIA ANTERIOR- OSTEOSINTESIS Y REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR. ALERGIAS NO REFIERE. ANALISIS: PACIENTE CON FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. PLAN:SE REALIZA ACTUALIZACIÓN DE FICHA FAMILIAR IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS- SANITARIOS- SOCIO-ECONOMICOS. SEGUIR CON CONTROLES MÉDICOS- PREVENCIÓN DEL DENGUE- ELIMINACIÓN DE CRIADEROS DE MOSQUITOS- SIGNOS DE ALARMA- HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE- CONS UMO DE AGUA SEGURA- PREVENCIÓN DE INFECCIONES- EDUCACIÓN DE HIGIENE DENTAL- LA PACIENTE SE COMPROMETE A SEGUIR CON LA MEDICACIÓN Y ATENCIONES LAS ATENCIONES MEDICA ESPECIALIZADA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
CABEZA: EDEMA PALPEBRAL SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- NO LESIONES DERMICAS- EXSTRUCTURAS OCULARES SINALTERACIONES. PRESENCIA DE REJURGITACION YUGULAR- ASIMETRICO- LA TIROIDES ESTA AUMENTADO DE TAMAÑO TORAX: LAPALPACIÓN ES NORMAL. LA AUSCULTACIÓN DEMUESTRA UN TÓRAX LIMPIO MURMULLO VESICULAR NORMAL. CARDIOVASCULAR EL S1 YS2 SON ARÍTMICOS Y PRESENCIA DE SOPLO SISTOLICO EN FOCO AORTICO EYECTIVO GRADO 3/6. EXTREMIDADES INFERIORES: LASARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DIS MINUIDA- SE DETECTAN DEFORMIDADES- SENSIBILIDAD - SE APRECIANLESIONES DÉRMICA EN REGION MALEOLAR EXTERNA TIPO ULCEROSA- MAS PRESENCIA DE VENAS AVRICOSAS EN AMBOS MIEMBROSINFERIORES CON PRESENCIA DE EDEMA.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Soplo Cardiac No Especificado		R011		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-08	11:05	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	