



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	1308147840								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Vera	Loor	Enny	Yolanda	M	10-09-1973	52	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-985-5956 /		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1315	131550	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
FEMENINA DE 52 AÑOS CON APF: MADRE HTA Y PADRE CARDIPATIA IS QUEMICA CON MARCAPAS O- APP DE HIPOTIOROIDIS MO- LLEVATRATAMIENTOY CON LEVOTIROXINA DE 100MG.QD.- AHORA ACUDE REFIRIE4NDO DOLOR EN REGIÓN PRECORDIAL A PREDOMINIOIZQUIERDO... Y CREE QUE PUEDE S ER LA MAMA... AL EX. FIS ICO DE MAMA DERECHA TODO NORMAL EN LA MAMA IZQUIERDA S ECONS TATA TEJIDO GLANDULAR MAMARIO EN REGIÓN AXILAR... PERO LLAMA LA ATENCIÓN TA: 180/80 MMHG... Y DES DOBLAMIENTO OTERCER RUIDO CARDIACO PROTOS IS TOLICO..??? POR ELLO S E INDICA EKG- ECOCARDIOGRAMA- MAPA HOLTER Y DEMAS EX. DE LAB.-S E INDICA AMLODIPINO 10MG Y LOS ARTAN 50MG BID...CON AMPA AMBULATORIO DE TA...AHORA AC UDE C ON RESULTADO DE EK DENTRO DELIMITES NORMALES- AS TO: ELEVADO Y PCR LIGERAMENTE... REFIERE QUE ANTES SI LE ADMINISTRABAN PENIC ILINA BENZ ATINIC A... LA TA. YANORMAL Y EL MAPA HOLTER TAMBIEN... SE SUGIERE TODO EL PERFIL REUMATOLOGIC O Y EL EC OC ARDIOGRAMA... AHORA CON RES ULTADO DE EX. ELAB. AS TO 24O UI/L.- F.REUMATOIDEO 4 UI/L. PCR: 5MG/DL. NORMAL ALTA... Y RES ULTADO DE ECOCARDIOGRAMA: CONTRACCIÓNGLOBAL Y S EGMETARIA CONS ERVADA FRACCION DE EYECCIÓN: 58% GEOMETRIA DE VI NORMAL. REGURGIOTACIÓN MITRAL LEVE...VALVULA AORTICA TRIVALVA LEVEMENTE CALCIFICADA S IN S IGNOS DE ES TENOS IS CON JET DE REGURGITACIÓN CENTRAL HACIA VIHEMODINAMICAMENTE CON GRAVEDAD MODERADA. PRES IÓN ARTERIAL PULMONA ES TIMA 22MMHG. VC I QUE C OLAPSA MAYOR DEL 50%.EN C ONC LUC IÓN: REJURGITACIÓN AORTICA MODERADA S ECUNDARIA A PATOLOGIA PEUMATOIDEA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
REJURGITACIÓN AORTICA MODERADA S ECUNDARIA A PATOLOGIA PEUMATOIDEA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Enfermedades Reumaticas De La Valvula Aortica	1068		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-19	02:18	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	