

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP		1410	HBAGA	B	1303948721	1303948721
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
GILER	HOLGUIN	KETTY	ELIZABETH	F	8 08 1962	51
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO
0978648213 0978755846				X		☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIJA				
MANZANA	RIO VAS	COLONIA				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	HEMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE DISCAPACIDAD VISUAL 75%, CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR LESIONES EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES NO AMPOLLAS, ERITEMATOSAS DESCAMATIVAS, QUE APARECIERON APROXIMADAMENTE HACE 1 AÑO, REFIERE HABER ESTADO EN TTO POR MUCHO TIEMPO CON ANTIBIÓTICOS, ANTIFÚNGICOS, CORTICOIDES DE BAJA Y ALTA DENSIDAD EN LA CUAL SE REABSORBE Y APARECE CUANDO TERMINA EL TRATAMIENTO, PACIENTE PRESENTA PALIDEZ GENERALIZADA, PERDIDA DE CABELLO ABUNDANTE DESDE HACE MAS O MENOS 6 MESES DE VEOLUCION. EXAMEN FÍSICO: FASCIES: PALIDEZ, ABDOMEN: BLANDO AUMENTO +2 DE REBORDE DE BAZO Y PANCREAS, EXTREMIDADES: LESIONES DERMICAS EN NUMERO DE 4 MIL, MID: 2 LESIONES. ECOGRAFIA ABDOMINAL: BAZO: TAMAÑO AUMENTADO MIDE: 11.79CM X 4.44 CM RIÑON DERECHO: SIN EVIDENCIA DE DILATACION PIELLOCALICEAL LOCAL AL MOMNETO IMAGENES HIPERECOGENICAS DE LITOS RENALES 4-5 MM. RIÑON IZQUIERDO: PRESENCIA DE IMAGEN FORMA REDONDEADA, ANECOICA, REFUERZO ACUSTICO POSTERIOR SUGETIVA DE QUISTE SIMPLE A NIVEL DE

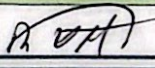
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEPATO ESPLENO MEGALIA GBR 2000000 HG11 MG DL

E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
HEPATOMEGALIA CON ESPLENOMEGALIA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	3	162	X						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-11-20	11:40 AM	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1302656473				
Dr. Victor A. Cedeno Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. CED: VIFGLIO: 1692 N° 30				

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	TIPOLOGÍA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

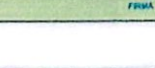
F. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

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		
				
Dr. Victor A. Cedeno Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. CED: VIFGLIO: 1692 N° 30				

54

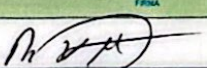
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1314100610		1314100610	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CANO		LUCAS		OLGA		F	4 03 2004	20	H D M A
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
939259472 0967858363					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITALIZACIÓN	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMANINA DE 20 AÑOS DE EDAD APPP NO RELEVANTES NO ALERGIAS CONSULTA POR PRESENTAR PALPITACIONES TAQUICARDIA SINCOPE A REPETICION POR LO QUE REQUIERE DE SU VALORACION Y TRATAMIENTO ACE 5 AÑOS CON EL MISMO CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SINCOPE

E. DIAGNÓSTICO	PRE-REFERENCIA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. ARRITMIAS NO ESPECIFICADA		400	X				
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
19 11 2024	12 00 a m	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1302656473				
Víctor A. Cedeno MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. IDENTIFICACIÓN: 1002 N° 20				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN				
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

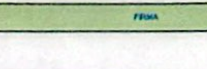
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE-REFERENCIA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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		
				
BILLO				