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		CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	**0801641929**	**0801641929**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
BASURTO	ZAMORA	PASCUALA	NARCISA	F	8/1/19977	47				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	BOLIVAR	CALCETA

REFERENCIA X **DERIVACIÓN**

MOTIVO

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 X
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	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

MUJER DE 47 AÑOS SIN APP DE IHIPERTENSION ARTERIAL APQ HISTERECTOMIA TOTAL, CESAREA SEGMENTARIA #1 ALERGIA NIEGA APF; NO RECUERDA ACUDE A CONTROL DE SALUD POR CAUDRO CLINICO DE ELEVACION DE PRESION ARTERIAL POSTERIOR A HISTERECTOMIA HACE 7 MESES, AL EXAMEN FISICO EN SIGNOS VITALES LLAMA LA ATENCION DE ELEVACION DE TENSION ARTERIAL 179/113MMHG, TAMBIEN REFIERE CEFALEA DE EVA DE 4/10 A NIVEL FRONTO TEMPORAL REFIERE USO DE IRBESARTAN/HCT 300MG/12,5 MG VO QD DESDE HACE 7 MESES, POR INDICACIONES DE MEDICO PARTICULAR, SIN MEJORIA DE CUADRO HOY CON PERSISTECNIA DE ELEVACIONDE TENSION ARTERIAL SIN SIGNO DE VASOESPASMO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

RESULTADOS DE LABORATORIOS BHC SIN ALETRACION, QUIMICA SIN ALTERACION, EMO PRESENCIA DE CRISTALES OXALATOS DE CALCIO +++ ,NO SE REALIZO EKG AGENDADO EN CITA PREVIA

E. DIAGNOSTICO

	PRE-PRESUNTIVO / DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	I159	X		4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mmdd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/12/24	15:30	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO
1310605587	Firmado electrónicamente por: STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE-PRESUNTIVO / 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-mmdd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO