

| 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                                                      |  | 1314             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |               | II                              | 1300532114                       |                                                         | 1300532114        |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                          |  | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE |                                 | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MONTESDEOCA                                              |  | SALRTOS          |                            | ELBA          |                                 | COLOMBIA                         | F                                                       | 2/18/1942         | 82   | H                       | D | M | A |
|                                                          |  |                  |                            |               |                                 |                                  |                                                         |                   |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                    |  |                  |                            |               | REFERENCIA                      | X                                | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| 991378460                                                |  |                  |                            |               |                                 |                                  | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                               |  |                  |                            |               | 1. Accesibilidad geográfica     |                                  | 6. Problemas de abastecimiento                          |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                |  |                  |                            |               | 2. Falta de espacio físico      |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales                       |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                   |  |                  |                            |               | 3. Falta de equipamiento        |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                   | X    |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                |  |                  |                            |               | 4. Equipos en mal estado        |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   | X    |                         |   |   |   |
| MANABI                                                   |  |                  |                            |               | 5. Problemas de infraestructura |                                  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |              |
|------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                              | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                  |                          | CONSULTA EXTERNA | CARDIOLOGIA  |

| RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD CON APP HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES.                      |  |
| MOMENTO REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, MAS TAQUICARDIA, ADEMAS REFIERE  |  |
| UBOR Y CALOR EN CARA, DOLOR PRECORDIAL DE LEVE INTENSIDAD, SUDOROSA Y DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS |  |
| ACTUALMENTE TRATADA CON LOSARTAN                                                                   |  |

| HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
|                                                                |  |

| DIAGNÓSTICO                      |  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------------------------|--|-----------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADO |  |                 |                 | I209 | X   | 4.  |     |     |     |
| HIPERTENSION ARTERIAL            |  |                 |                 | I10  |     | X   | 5.  |     |     |
| CARDIOMEGALIA                    |  |                 |                 | I517 |     | X   | 6.  |     |     |

| DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE     |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 31/01/2025                            | 10:00        | GEORGE        | CUSME           | MENENDEZ         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 |                  |
| 1312195694                            |              |               |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |

| EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                   | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA                         | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

| 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 |
|                                                                             |           |                          |           |                                  |                   |

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

| RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|----------------------------|--|
|                            |  |

| HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
|                                                                |  |

| TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|-------------------------------------------------------|--|
|                                                       |  |

| DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|-------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|             |  |                 |                 |     |     | 4.  |     |     |     |
|             |  |                 |                 |     |     | 5.  |     |     |     |
|             |  |                 |                 |     |     | 6.  |     |     |     |

| TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                      |  |

| I. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |              |               |                 |                  |