

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	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA		II	1300556980		1300556980																			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD																		
VERA		ZAMBRANO		PACIFICO		LIVIO	M	26/04/1948	81																		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																			
0939258306					☒	☐		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		H	D	M	A				X										
H	D	M	A																								
			X																								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO																						
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA			<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>8. Inadecuada capacidad resolutiva.</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td> <td>☐</td> </tr> </table>					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.	☐
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.	☐																										
MANABI	BOLIVAR	CALCETA																									

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

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD DE SEXO MASCULINO ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DE 6 AÑOS, ES INGRESADO CON DOLOR PRECORDIAL Y DISNEA LEVE, PACIENTE CON EL SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION SE MANTIENE ASINTOMATICO CON BLOQUE DE LA RAMA DERECHA ENZIMAS CARDIACA NEGATIVAS CON PEPTICO NATRIURETICO ALTERADO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXÁMENES DEL 5 DE JUNIO 2026: CK MB 13.84 . TROPONINA 2.30 PEPTIDO NATRIURETICO 2111
HCHC: BLANCO 5520 NEUTROFILOS 68.5 LINFOCITOS 25.2 HEMOGLOBINA 10.1 HEMATOCRITO 29.9 PLAQUETAS 150

L. DIAGNÓSTICO							
PRE: PRESUNTIVO	DEF: DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
ANGINA DE PECHO		I209		X			

M. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2026/06/06	1:00	DR MARCO	AZUA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
1311550667			

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

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

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

Q. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

R. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

S. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

T. DIAGNÓSTICO							
PRE: PRESUNTIVO	DEF: DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

U. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

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