

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						
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO		A	1300/55186								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		DOMINGUEZ		ROSA		MARIA		M	13-08-1941	84	☐ H	☐ D	☐ M	☒ A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0986524385		MSP		☒ Y		☐ N								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PRIMARIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado.														
☐ MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad receptiva														

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 CLÍNICO

ADULTO MAYOR CON APP DE HTA DE LARGA DATA, MAL CONTROL, INCUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO PRESCRITO, LOSARTAN 100 MG DÍA MAS CLORTADILONA 25 MG DÍA. INDEPENDIENTE PARA ALGUNAS ACTIVIDADES COMO COMER, DUCHARSE, USO DE RETRETE. NO SALE DE COMPRAS SOLA. EXAMEN FÍSICO: ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. ACTUALMENTE PRESIÓN ARTERIAL 157/62 MMHG, NO HA TOMADO CLORTADILONA. RSCS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS. CSPS CLAROS Y VENTILADOS, EXTREMIDADES ACTUALMENTE NO EDEMA.

CUMPLE 3 CRITERIOS MENORES PARA EL DX DE INSUFICIENCIA CARDIACA: TOS NOCTURNA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS.

BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION POR CARDIOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ORDENADO EKG PERO NO SE LO REALIZARON

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDÍACA NO ESPECIFICA	I509		X	4.			
2.	HIPERTENSION ARTERIAL	I10		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
24-06-2026	15:00	IGNACIO		MANRIQUE		AVEIGA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1308639879							

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	