

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP		1410	HBAGA	B	1301620987	1301620987
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO	SALAS	LUIS		AUGUSTO	M	13/01/1950
JESUS		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN	
/ 0986228920		MOTIVO		☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Ineficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA				
MANABÍ	BOLIVAR	CALCETA				

Ch ✓
SSC

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR EN VARIAS OCASION SENSACION DE FALTA DE AIRE A MINIMOS ESFUERZO EN OCASIONES DOLOR PRECORDIAL CIFRAS ALTAS DE TENSION ARTERIAL LA CUAL SE INDICO ENZIMAS CARDIACAS NORMALES SE REALIZA EKG CON CAMBIOS ELECTRICOS QRS AUMENTADO POR LO QUE SE DECIDE VALORACION CON SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE-EXISTENTE (SI/NO)	CS	PRE	DEF
1. OTROS TIPOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA DEL HAZ Y LOS NO ESPECIFICADOS	M51	X		
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2025-09-08	10:00 a.m.	MARCO	AZUA	CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO		
1311550667					

G. EVALUACIÓN DE LA DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	REFERENCIA 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 (año-mes-día)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE-EXISTENTE (SI/NO)	CS	PRE	DEF
1.				
2.				
3.				

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO		