

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1302075468		1302075468				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Zambrano		Perfecta	Efigenia	F	21/9/1951	78	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐				
0-979247840			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.				X		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria				X		
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				X		
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CHONE	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 78 AÑOS EDAD. APP NO REFIERE ANTECEDENTES . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA FRONTAL INTENSA , ACOMPAÑADA DE VERTIGO Y ACÚFENOS. AL MOMENTO EXÁMEN FISICO ACTUAL CABEZA Y CUELLO S/P NO ADENOPATÍAS TÓRAX CSPA CLAROS VENTILADOS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN DEPRESIVO BLANDO NO DOLOROSO EXTREMIDADES AMBUTACION DE SUS DOS EXTREMIDADES INFERIORES. SIGNOS VITALES PRESIÓN 140/80MMHG, PULSO 76 , SAT98% , T 36° RESPIRACIÓN 18 X GLASGOW 15/15. CARDIÓLOGA INDICA VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGIA AL OBSERVAR VALORES ALTOS TRIGLICÉRIDOS Y COLESTEROL 560mg/dl.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE REQUIERE VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF								
1. DISLIPIDEMIA	E78		X	4.							
2.				5.							
3.				6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/7/2025	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	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-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	