

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1302377146								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERO				CELSO		ULPIANO		H	23/07/1945	80	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0985422570		NO		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				7. Insuficiencia de profesionales.						
								8. Inadecuada capacidad resolutive						
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE INSUFICIENCIA CARDÍACA, CON TTO MEDICO CON BISOPROLOL 2.5mg UNA TABLETA AL DIA, ESPIRONOLACTONA 25mg UNA TABLETA 11am, ROSEVASTINA 20mg UNA TABLETA 9pm, RIVOROXABAN 20mg UNA TABLETA 1 pm, REFIERE QUE SE ENCUENTRAN MUY BIEN, BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. NO REFIERE MASA TUMORAL EN ABDOMEN QUE PRIOTUY AL REALIZAR ESFUERZOS FISICOS. SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: (ALTO). SE ENVIA REFERENCIA A CARDIOLOGA PARA VALORACION SUBSECUENTE. SE ENVIA ECO DE ABDOMEN PARA VALORACIÓN EN UN MES.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA		I500			X	4.				
2.	OTROS TIPOS DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS		I443			X	5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/01/13	16:00						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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			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	