

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              | CS TOSAGUA               |               | C         | 1302461734                       |  | 1302461734                                                                                                                                                             |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                                   | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MOREIRA                               |         | LUCAS             |                          | LUIS          |           | MEDARDO                          |  | M                                                                                                                                                                      | 20/09/1951       | 73   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                                 |                  |      |                         |   |   |   |
| 0987359226 - 0963289374               |         | NO REGISTRA       |                          | X             |           |                                  |  | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          |               |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  |                   | PARROQUIA                |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA |                   | TOSAGUA                  |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |

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

USUARIO CON APP DE HTA DE +/- 10 AÑOS DE EVOLUCION, TRATADA CON LOSARTAN DE 50mg EN LA MAÑANA Y 50mg EN LA TARDE, EN OCASIONES PRESENTA EN OCASIONES SENSACIONE DE ANGUSTIA Y DE VACIO EN REGION PRECORDIAL, MAREOS Y LEVE FATIGA AL REALIZAR EJERCICIOS FISISCOS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA--.

EKG: RITMO SINUSAL, NO SIGNOS DE HIPERTROFIA DE CAVIDADES, EJE DESVIADO A LA IZQUIERDA, SE OBSERVA APARENTE PROLONGACION DE P-R  
EXAMEN FISICO: RUIDOS CARDIACOS ARRITMICOS Y BRADICARDICOS, NO IMPRESIONA SOPLOS. FC: 49x', TA: 145/83mmHg

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                             |      |     |     |    |     |     |     |
|----|---------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO          | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. | BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE PRIMER GRADO | I440 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2. | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)            | I10X |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3. |                                             |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 18/08/2025                            | 8.24 am         | JUAN JOSÉ     |  | ZAMBRANO        |  | PINCAY           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1310509771                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    |                                    |     |     |     |    |     |     |     |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |