

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1302566110									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMBRANO	PAZMIÑO		QUERIDA			FLOR		F	03/08/1959	66	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN								
991102180	MSP			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA													
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA													

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

PACIENTE FEMENINO DE 66 AÑOS DE EDAD CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD Y AMLODIPINA 5 MG QD, ACUDE A CONSULTA PARA DE ECNT Y PARA REVISION DE ELECTROCARDIOGRAMA, PACIENTE REFIRE QUE DURANTE LAS ULTIMAS SEMANAS ESTA PRESENTANDO LEVE DOLOR EN EL PECHO SIN OTRA SINTOMA ACOMPAÑANTE. AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AL EXAMEN FISICO REGIONAL CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, SIGNOS VITALES ESTABLES.TA: 121/64 FC: 70 lpm SPO2: 98% .
REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD.

EN ESPERA

1	TAQUICARDIA VENTRICULAR	1472	X	4			
2				5			
3				6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2025/09/10	8:00:00 AM	VANESSA	CEDENO	PALACIOS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1312320516					

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

[illegible]

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		