

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECIBO	A	1303472292		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CHICA	ANCHUNDIA	MARIANA		JESUS	M	03-11-1951	74
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
U985266U6 /		IESS CAMPESINO		☒	☐	H	D
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO		M	A
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.			
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA		2. Falta de espacio físico.			
				3. Falta de equipamiento.			
				4. Equipos en mal estado.			
				6. Problemas de abastecimiento.			
				7. Insuficiencia de profesionales.			
				8. Inadecuada capacidad resolutive			
							X

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

ADULTO MAYOR CON APP DE HTA DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG DIA MAS CLORTADILONA 12,5 MG DIA, CIRUGIA DE CABEZA DE FEMUR, RODILLA EZQUIERDA CON APLICACION DE PROTESIS, OBESIDAD, ARTRITIS REUMATOIDEA SIN TRATAMIENTO, CON DEFORMACION DE ARTICULACIONES. PRESENTA CUADRO DE TIEMPO NO PRECISADO, CARACTERIZADO POR DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEBROS INFERIORES, TOS NOCTURNA EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS, RETUMBANTES, CSPS CLAROS Y VENTILADOS.ABDOMEN PROMINENTE, EXTREMIDADES INFERIORES, EDEMA SIN FOBEA

BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EKG SOLICITADO Y SE ADJUNTA. LABORATORIO SOLICITADOS Y SE ADJUNTA RESULTADOS.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA	I509		X	4.			
2.	HIPERTENSION ARTERIAL	I10		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/12/2025	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308639879				

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	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 (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 DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	