

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		1413	Hospital San Andrés 2		1303543928	1303543928
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Verdugo	Zombono	Rodry	Fenelon		27/7	65
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		
0985441830		X		1960		
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		
Monob	Flore Alto	2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.		
		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		
		4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.		
		5. Problemas de infraestructura.		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	Hosp. Nopoleon Doulos	consulta externa	cardiología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 65 años App. hipertensión arterial no controlada, sufre por muchos años de disnea y ortopnea y dificultad para dormir. presión 160/90 mmHg pulso 85x pot 96% T37°C

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ecografía cardiaca doppler

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
		1509		X			X
Insuficiencia cardiaca no hipertensiva					Insuficiencia cardiaca no hipertensiva		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/9/2025	17:00	Rómulo Muñoz	Hospital Basico San Andrés
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PRIMA	
1312022369		Rómulo Muñoz	

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF

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)
--------------------	--------------