

EL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Vera		SEGUNDO APELLIDO Andrade		PRIMER NOMBRE Lizardo		SEGUNDO NOMBRE Antonia M		SEXO M	FECHA NACIMIENTO 17-07-1965
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0983952347		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Manabí		PARROQUIA F. Alfaro		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO		CONSEJO UNIDAD (MARCAR)	
						6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Cardiología
--------------------------------	--------------------------	------------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino con 65 años de edad con Antecedentes de Ceguera y Hipodiscia. Bilateral. Llegó a control en compañía de sus hijos para referencia de control con cardiología por insuficiencia cardíaca congestiva. Buena evolución de la misma. 120/70 mmHg. Presión arterial. Buena evolución.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Electrocardiograma.
Exámenes de laboratorio

E. DIAGNÓSTICO

PRE + PRELIMINAR	DEF + DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	1500		✓	4		
2	Bloqueo de rama izquierda del haz sinétraspeu.	1497			5		
3					6		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA 26-08-2025	HORA (P.M.)	PRIMER NOMBRE Juan	PRIMER APELLIDO Cedeño	SEGUNDO APELLIDO Flores
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 0912634516		SELLO Dr. Juan Cedeño Flores		

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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE + PRELIMINAR	DEF + DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	CI	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 (año-mes-día)	HORA (P.M.)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				