

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	13038257470		13038257470									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
DELGADO		MINAYA		PEDRO		PABLO		M	01/06/1947	77	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO									
0993260428 - 0986927325		NO REGISTRA		☒		☐		☐									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		☐		6. Problemas de abastecimiento.							☐		
				2. Falta de espacio físico.		☐		7. Insuficiencia de profesionales.							☐		
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		☒		8. Inadecuada capacidad resolutive							☐
MANABÍ				TOSAGUA		TOSAGUA		☐		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							☐
				5. Problemas de infraestructura.		☐									☐		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO CON APP DE HTA + ACV CON TTO NEVIBOLOL 2.5mg UNA TABLETA EN LAS MAÑANAS, ASPIRINA 100mg UNA TABLETA AL DIA, EPOC CON TTO CON BROMURO DE IPATROPIO 2PUFF CADA 8 HORAS. USA BASTON PARA MOVILIZARSE, DEBIDO A PERDIDA DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES, SOBRETODOT DEL LADO DERECHO DE +/- 3 AÑOS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE PARESTESIA, MARCHA ANTALGICA, PERDIDA PROGRESIVA DE LA MEMORIA, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACION.

RIESGO CV A 10 AÑOS: 11% (ALTO). PUNTUACION FINDRISK: 13 (LEVEMENTE)

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIV	I110		X	4.	HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA	G819	X
2.	SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIF	I698		X	5.			
3.	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
20/10/2025	2.15pm	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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	