

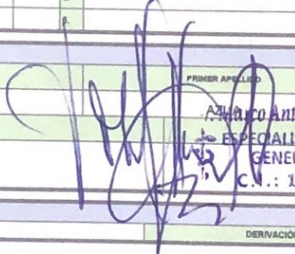
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	/ 1304096835 /		/ 1304096835 /	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
INTRIAGO		FAJARDO		CONSUELO		AMANDA		F	15/5/1948
EDAD		CONEXIÓN EDA (MARCAR)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
77		H D M A		X				☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Ineficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica		2. Falta de espacio físico		3. Falta de equipamiento	
0984488225		MANABI		BOLIVAR		CALCETA		4. Equipos en mal estado	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		5. Problemas de infraestructura			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
H.S.P.		HOSPITALIZACIÓN	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE APP DE HPA CONTROLADA CON LOSARTAN DE 50 MG CADA 12 HORAS ADEMÁS CON UN AQX DE FRACTURA DE EPÍFISIS PROXIMAL EL HUMERO DERECHO YA RESUELTO, LLEGA A ESTA CASA DE SALUD POR PRESNETRA DISNEA CON ESFUERZO DESDE HACE 2 MESES DE EVOLUCIÓN QUE HA PROGRESADO A DISNEA EN REPOSO, TAMBIÉN REFIERE ORTOPNEA Y EPISODIOS DE DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA TAMBIÉN REFIERE SENSACIÓN DE FATIGA CONSTANTE Y DISMINUCIÓN A LA TOLERANCIA DE EJERCICIO ADEMÁS EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS A NOTADO AUMENTO DE PESO, POR LO QUE SE REQUIERE MEJOR VALORACIÓN POR SUS SERVICIOS PARA MEJOR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRB</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>NFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)</td> <td>I110</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRB	DEF	1.	NFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110	X		2.					3.				
PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRB	DEF																
1.	NFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110	X																	
2.																				
3.																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-02	12H00	MARCO	ANTONIO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.U.: 1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRB</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRB	DEF	1.					2.					3.				
PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRB	DEF																
1.																				
2.																				
3.																				

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		