

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1338	CENTRO DE SALUD RESBALON	A	1304277948		1304277948							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ARAY		PONCE		MERCEDES		AUXILIADORA	M	24/09/54	70	X				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
939203803		MSP		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA			7. Insuficiencia de profesionales.							
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE			8. Inadecuada capacidad resolutive							
				3. Falta de equipamiento.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		CONSULTA EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TAQUICARDIAS CONSTANTES, CON SENSACION DE OPRESION EN EL PECHO Y PULSOS ACELERADOS HACE APROXIMADAMENTE UN MES QUE PERDIO A SU HIJO, CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE HACE MAS O MENOS 30 AÑOS CON TRATAMIENTO MÉDICO CON LOSARTAN 100MG 1 TABLETA DIARIA, CLORTALIDONA 25MG 1 TABLETA EN LAS MAÑANAS A LAS 10 AM, CON CIFRAS ALTAS DE HTA LA CUAL SE LE ESTA COMPENSANDO AHORA QUE HA VISITADO A FAMILIARES Y SE HA SENTIDO UN POCO MAS TRANQUILA, SIN SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGIA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	R000		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
25/03/25	13:30:00	KERLY		ZAMBRANO		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1311854960							

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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			

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA