

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1304295148		1304295148						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MUÑOZ		CAICEDO		INES		MARÍA		F	15/1/1959	66	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN							
0-979691986					MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento.									
PROVINCIA					7. Insuficiencia de profesionales.									
CANTÓN					8. Inadecuada capacidad resolutoria									
PARROQUIA					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
MANABI					FLAVIO ALFARO									
FLAVIO ALFARO					FLAVIO ALFARO									
					1. Accesibilidad geográfica.									
					2. Falta de espacio físico.									
					3. Falta de equipamiento.									
					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				CONSULTA EXTERNA		MEDICINA INTERNA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO DE 66 AÑOS FEMENINO APP HTA TRATADA CON ENTRESTO . ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR PERDIDA DE PESO SIN CAUSA APARENTE , LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMETRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 150/80 MMHG T°36 SAT95% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	I10		X	4.							
2.					5.							
3.					6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
18/9/2025	8am	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA					

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	