

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	C. S TOSAGUA		TIPO C	1304374737								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
ZAMBRANO		VERA		DIOGENES		SEGUNDO		H	05/10/1955	70				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0990776808-0988605126		SI												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON LOSARTAN 100mg UNA TABLETA AL DÍA, REFIERE SENTIRSE BIEN. BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 9% (MODERADO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 16 (LEVEMENTE)ACUDE CON RESULTADO DE IMAGEN EN DONDE MUESTRA LESIÓN INTERMEDIA DE 40%DE TERCIO DISTAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA, DISFUNCIÓN ENDOTELIO LEVE. PACIENTE QUE YA HABIA SIDO CUBIERTO CON ESTATINAS, PERO MENCIONA QUE HA DEJADO DE TOMARLAS**NO HAY EN UNIDAD.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

[illegible]

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD ATROSCLEROTICA DEL CORAZON			I251		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/03/19	16:00	YOLANDA	CEDENO	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940		ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:		

EVALUACION DE LA REFERENCIA/DERIVACION															
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACION JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRA REFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

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 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