

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| BRAVO            | ZAMBRANO         | GEIVE SOLANGE | 17                  | 11  | 1953 | 70 años, 11 meses, 20 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304394206        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA A LA PIÑUELA GUARUMAL y  | 098-777-1799 / (99)-289-5745 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular          |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1304394206      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cardiología  | 2024  | 11  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 70 AÑOS DE EDAD, ACUDE APP DE DIABETES E HTA, TIENE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR DEBIDO A INFARTOS REVASCLARIZADOS POR STEN DOS EN TOTAL Y APLICACIÓN DE MARCAPASOS POSTERIOR A INFARTO, EN TRATAMIENTO : LOSARTAN 50 MG CADA DIA, CLOPIDOGREL 75 MG CADA DIA, ASA 81 MG CADA DIA, CARVEDILOL 12.5 UNA CADA DÍA, SIMVASTATINA 40 MG CADA NOCHE, INSULINA 22 UI AM 12 UI PM . TA 124/54 . FC 53. NO ANGOR NO DISNEA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                           |
|---------------------------|
| SE SUGIERE ECOCARDIOGRAMA |
|---------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                                                                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DISPOSITIVOS CARDIOVASCULARES ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS PROTESICOS Y OTROS IMPLANTES, MATERIALES Y ACCESORIOS | Y712   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2024-11-06 | 09:42 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               |   | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|---|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      |               | / |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area |   | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2024-11-06 | 09:42 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |