

Chico

100 / 130

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
M S P			A B S A			1304435490		1304435490	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Oshige		M. Ceina		Romero		F		58	H O M A
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
0958887601									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							
Manabí	El Cajas								
TOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD			
						Cardiología			
SUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
Paciente femenina - 58 años, cursa con cuadro clínico caracterizado por dolor de pecho izquierdo, los días martes, jueves y sábado, por de ecchymosis, edema en extremidades inferiores, saturando 94% al ambiente.									
HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
Rx. Torax de Tórax Anteroposterior									
DIAGNÓSTICO									
Insuficiencia Cardíaca, no especificada									
DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (AAAA-MM-DD)		NÚMERO (NÚMERO)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
12/25/08				Juan		Cedeño			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				PRIMA		SELLO			
0912634511				Juan Cedeño Flores					
EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA ☐ SI ☐ NO ☐									
CONTRAREFERENCIA ☐									
REFERENCIA INVERSA ☐									
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	
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)				
RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS									
F. DIAGNÓSTICO									
PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO CIE PRE DEF 4 5 6 CIE PRE DEF									
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE									
H. PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (AAAA-MM-DD)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			