

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                   |                                  |                           |                                    |                                                                                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | TIPOLOGÍA                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1246              | CS. TOSAGUA                      | C                         | 1304600289                         | 1304600289                                                                       |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                                                 | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CEDEÑO                                | VERA              | URANIA                           | ELENA                     | F                                  | 31/10/1935                                                                       | 90   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN                |                                    | MOTIVO                                                                           |      |                         |   |   |   |
| 0979781833 / 0981729877               |                   | X                                |                           |                                    |                                                                                  |      |                         |   |   |   |
| /                                     |                   | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                                                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   | 2. Falta de espacio físico.      |                           | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                                                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                                               |      | X                       |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                          | 4. Equipos en mal estado. |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y FALTA DE MEDICAMENTOS. |      | X                       |   |   |   |
|                                       |                   | 5. Problemas de infraestructura. |                           |                                    |                                                                                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | CARDIOLOGÍA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR DE 90 AÑOS, CON APP DE HTA, DM2. CON COMPLICACIONES OFTÁLMICAS Y NEUROPÁTICAS... LLEVA TTO CON INSULINA NPH. LOSARTAN, AMLODIPINO Y ESTATINAS... AHORA ES TRAÍDA POR SUS FAMILIARES PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ELLO SE REFIERE A II NIVEL PARA SU ADECUADA VALORACIÓN Y LLENADO DEL ANEXO 002. POR NO CONTAR CON LOS MEDICAMENTOS QUE LA PACIENTE REQUIERE COMO AMLODIPINO ISGLT2...etc.. SE DECIDE REFERIR A CARDIOLOGIA PARA SU ADECUADO ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE CONCIENTE Y ORIENTADA EN T. E. P. ES TRAÍDA EN SILLA DE RUEDAS... AL MOMENTO REFIERE DISMINUCIÓN SEVERA DE LA AGUDEZA VISUAL TA: 170/ 100mmHg, REFIERE QUE NO HA ESTADO TOMANDO SUS MEDICAMENTOS POR QUE NO HAY EN EL CENTRO DE SALUD... SE INDICA Ex. DE Lab. EKG, ECG, MAPA HOLTER. HbA1c. Y REFERENCIA A II NIVEL PARA VALORACIÓN MULTIDICPLINARIA. Requiere ayuda para realizar algunas de las Actividades de la Vida Diaria con 35 puntos por Índice de Barthel (Dependencia moderada)

E. DIAGNÓSTICOS

|                                                          |        |            |            |                                                         |        |     |     |
|----------------------------------------------------------|--------|------------|------------|---------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
|                                                          | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |                                                         | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 DEFICIENCIA VISUAL MODERADA, BINOCULAR                 | H542   |            | X          | 4 ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA C  | I110   | X   |     |
| 2 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACION | E103   |            | X          | 5 ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NC | R268   |     | X   |
| 3 POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA                          | M159   |            | X          | 6 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES | E148   |     | X   |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |               |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)  | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 28/01/2025                            | 4:00:00 p. m. | LUIS ABEL       | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA         | SELLO           |                 |                  |
| 1803403326                            |               | MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

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 | 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |