

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1304319311		NÚMERO DE ARCHIVO 1304319311	
PRIMER APELLIDO Rodriguez		SEGUNDO APELLIDO Cedeño		PRIMER NOMBRE Melchora		SEGUNDO NOMBRE Ramon	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 06/02/1991	EDAD 83
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0996293331				REFERENCIA ☒		DERIVACIÓN ☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
PROVINCIA MANABI		CANTÓN Flavio Alvar F. Alvar		PARROQUIA		6 Problemas de abastecimiento 7 Insuficiencia de profesionales. 8 Inadecuada capacidad resolutive 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Consulta externa	SERVICIO Cardiología	ESPECIALIDAD
--------------------------------	--	-------------------------	--------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina adulta mayor 83 años con APP Hipertensión Arterial, no controlada y diabetes Mellitus. Acude con cuadro clínico de 1-246233 de evolución con deterioro por dolor precardial de gran intensidad, cefalea de 1 día que mejora con analgésico en domicilio, además presenta sangrado por náusea a nivel rectal de 10 horas de evolución. Presión 120/78 mmHg, glucosa 209 mg/dl.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECG Infarto lateral (II, III, aVF)

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
Infarto lateral del Miocardio I219 sin otra especificación							

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2025/10/07	HORA (hh-mm) 14:00	PRIMER NOMBRE Lisbeth	PRIMER APELLIDO Domínguez	SEGUNDO APELLIDO Lambrao
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1313404814		FIRMA <i>[Firma]</i>		Dr. Lisbeth Domínguez L. MÉDICO CIRUJANO C.C. GENESCOT. 1000-2017-1241577

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE