

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		1410	HBAGA		B	1304732322		70269	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
MONTALVAN		PAZMIÑO		FLOR		IDALIA		F	11/24/1961
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		EDAD	
0980901365 0994723347				X				62	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA			
MANABI				JUNIN		JUNIN			
				1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento		X	
				2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales		X	
				3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutiva			
				4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP			
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		CARDIOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 62 AÑOS QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS DE 1 MES DE EVOLUCIÓN QUE SE EXACERBA HACE 1 DÍA ADEMÁS SE OBSERVA EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES +; PACIENTE CON INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN NUESTRA UNIDAD POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA. ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
EN EKG FIBRILACIÓN AURICULAR. HGB 11.6 HCT 35.2 PLT 169	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			I509		X			
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-28	9:00	MARCOS		AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311550667					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
					SI X 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	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-PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

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	