

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

NOMBRE DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1304814344	1304814344	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
CEDENO		LOOR		CRUS		MARIA	F	14/02/1937
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		
				X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO		
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		

OS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 88 AÑOS DE EDAD QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE MALESTAR GENERAL, ODINOFAGIA, Y DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE, SE RELAJA EL INGRESO MEDICO, NIEGAN PATOLOGIAS, SIN EMBARGO DURANTE SU HOSPITALIZACION COMIENZA A REALIZAR PICOS HIPERTENSIVOS 225/130MMHG MANTENIDA SE INSTAURA ANTIHIPERTENSIVOS, SE REALIZA RADIOGRAFIA DE TORAX QUE EVIDENCIA CARDIOMEGALIA. PACIENTE QUE TAMBIEN SE ENCUENTRA ENCAMADA CON DIFICULTAD PARA DEAMBULAR POR VOLUNTAD PROPIA, PACIENTE CON PRESENCIA DE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES Y DOLOR ARTICULAR.

PACIENTE QUE NO DESEA TRAMITE DE REFERENCIA POR HOSPITALIZACION Y SE REALIZA REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX DE TORAX: CARDIOMEGALIA
 ASTO: 438 PCR 41.9
 NT-proBNP: 2.249.25

E. DIAGNÓSTICO

	PRE + PRESUNTIVO DEF + DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500		X	4.			
2.	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I110	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/07/30	10:00	TANIA	TERREROS	IBARRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		
1722309398		Dra. Tania Terreros MÉDICO CIRUJANO C.I.: 1722309398		

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		BELLO