

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1304818931								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SOLORZANO		PROAÑO		ANGEL		MARIA		H	24/08/1948	77	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0980067963		SI		X				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
								X						
								X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR MASCULINO 77 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN TAB 100MG VO QD , ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ECNT, AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA, NO VISION BORROSA, NO TINNITUS, NO ALZAS TERMICAS, NO POLIDIPSIA, NO POLIURIA, NO VOMITOS, REFIERE BUEN APETITO, DIURESIS Y CATARSIS POSITIVAS. A LA VALORACION PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION. RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO. PACIENTE CON CONTROL POR UROLOGIA POR ALTERACIÓN EN PSA TOTAL Y ALTERACIÓN ECOGRAFÍA CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA POSTERGADA AÚN. ALTERACIÓN EN TRAZADO DE LECTROCARDIOGRAFICO.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTROS TIPOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA DEL HAZ Y LOS NO ESPECIFICADOS			I451	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/03/13	16:00	YOLANDA	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. 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	

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			SELLO	