

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		1343	CENTRO SALUD SAN ELOY		A	1305093260		1305093260			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
VELEZ		SOLORIZANO		VICTOR		MANUEL		M	19/8/1965	59	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
968534940		SI		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA						
MANABI		ROCAFUERTE			ROCAFUERTE	X					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 59 AÑOS APP: SOBREPESO HTA HACE 5 AÑOS EN TRATAMIENTO LOSARTAN 50 MG BID, AMLODIPINO 5 MG, MEDICAMENTO USA SIMVASTATINA 20 MG CLOPIDOGREL 75 MG, ATENDIDO HACE 5 DÍA EN EMERGENCIA POR DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO IRRADIADO A CUELLO, DISNEA. AL MOMENTO ASINTOMÁTICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
EKG REPORTA HIPERTROFIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, PA: 140/80 FC: 85 FR 18 X MIN	

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			I10		X			
2.	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA			I119	X				
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/10/2024	10:00	ELVA	TEJENA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311746802				

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.									
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	