

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| QUINTERO         |                  | ARACELY FATIMA | 11                  | 07  | 1966 | 58 años, 4 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305467431        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHONE y                      | 098-466-1545 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.                  | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |              |      | Distrito/Area  |     |  |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------|------|----------------|-----|--|
| MSP                 | 1305467431                       | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              |      | 13D07 / ZONA 4 |     |  |
| Refiere o Deriva a: |                                  |                          |                                                      |              |      | Fecha          |     |  |
| MSP                 | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Cardiología  | 2024 | 11             | 25  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud         |                          | Servicio                                             | Especialidad | día  | mes            | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTROL- ECNT - AL MOMENTO TRAE EXAMENES COMPLEMENTARIOS- DISNEA - CANSANCIO -. TAQUICARDIAS- EDEMA DE MIEMBROS - DOLOR PRECORDIAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OTROS ANALISIS: -COLOR Amarillo -TURBIDEZ Ligeramente turbio -PH 6.5 ANÁLISIS QUÍMICO -DESINDAD 1015 -LEUCOCITOS Negativo -SANGRE Negativo -NITRITOS Negativo -GLUCOSA EN ORINA Negativo -CETONAS Negaltivo -PROTEINAS Negativo -BILIRRUBINA Negativo -UROBILINOGENO Normal -LEUCOCITOS EN ORINA 1 - 2 -CELULAS EPITELIALES 3 - 5 -BACTERIAS Escasas -PIOCITOS 1 - 3 -CRISTALES DE OXALATA DE CALCIO + OTROS ANALISIS: PAP- ATROFIA CON INFLAMACION- NO MALIGNIDAD OTROS ANALISIS: WBC 12.26- RBC 4.25- HGB 11.9- PLAQ 420- UREA 46- CREATI 1.1 TGO 24.5- HECES GLUCOSA 106.60 mg / dL [75 - 115] TGP/ALT * 35.00 U / L [0 - 32] COLESTEROL TOTAL 197.00 mg / dL [0 - 200] TRIGLICERIDOS * 224.00 mg / dL [0 - 150] HECES: ESTEATORREA - QUISTE DE E. COLI PRUEBAS ESPECIALES: EKG- ARRITMIA SINUSAL- TAQUICARDIA - P LARGA -- QTC LARGO - ISQUEMIA MIOCARDIO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO | I256   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2024-11-25 | 08:19 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud |  | Tipo | Servicio | Especialidad |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|--|------|----------|--------------|--|
|                     |                 |                          |  |      |          |              |  |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |  |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|--|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |  | /    |               |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud |  | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA | HORA | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO | FIRMA |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |