

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	1305827063		1305827063	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CEDENO		CALDERON		GLORIA		OBDULIA	M	05/05/1965	59
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO	
0994219430/0991028546					X			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	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABÍ	BOLÍVAR	OLIVIA							

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA + ICC + EPOC LA CUAL FUE DERIVADA A LA CLÍNICA IMEC POR PRESENTAR INFRADENSIVEL DEL ST A NIVEL DE V4 V5 ADEMÁS TROPONINIS LA CUAL LE REALIZARON CATETERISMO LA CUAL PRESENTO LESION SUB OCLUSIVA A NIVEL DEL TERCIO PROXIMAL LESION CRITICA A OSTIO PROXIMAL SE REALIZO RECANALIZACION COMPLEJA MAS ANGIOPLASTIA E IMPLANTE DE 1 STENT CORONARIO EN RAMA LATEROVENTRICULAR AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE AFEBRIL HIDRATDA NO PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIO NECESIDADES FISIOLOGICAS NORMALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO							
1. INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA	1509		X	4.			
2. ANGINA INESTABLE	1200		X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-18	11:00	MARCO		CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO							
				4.			
				5.			
				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	SELLO	

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA

CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA