

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	1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1305984013	1305984013
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
LIMONGI	CEDEÑO	JUAN	CARLOS	H	21/01/1969
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
963729101		X		54	H D M A
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	MOTIVO			
MANABI	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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
CANTÓN	PARROQUIA				
FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN BARRA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR PRECORDIAL ESPORADICO QUE NO CEDE A ANALGESICOS. REFIERE CEFALEA ESPORADICAS DE CAUSA NO ESPECIFICA AUN. SE SUGIERE VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA. EXAMEN FÍSICO CABEZA APP. HTA NORMOCEFALO CUELLO SIMÉTRICO NO ADENOPATIAS. TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOS CLAROS RIUDOS CARDÍACOS NORMALES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 160/98MMHG PULSO 78 T36.8°C RESP 20 SATURACIÓN 98% GLASGOW 15/15. EN ESPERA DE VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Leucocitos#6.38
Neutrofilos%* 78.0
Hemoglobina12.6
Triglicéridos64.85

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. DOLOR PRECORDIAL NO ESPECIFICADO	R072	X		4. DOLOR PRECORDIAL NO ESPECIFICADO	R072	X	
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
3/2/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA			

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	SELLO		