

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	CS. TOSAGUA	C	1306408483	1306408483
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
SANCHEZ	PARRAGA	RENE	BOLIVAR	M	24/03/195370
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO	
0959576497//0993357188	MSP	X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	3. Falta de equipamiento.		
			4. Equipos en mal estado.		
			5. Problemas de infraestructura.		
			6. Problemas de abastecimiento.		
			7. Insuficiencia de profesionales.		
			8. Inadecuada capacidad resolutive		
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		
			10. FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD CON APF: PADRE FALLECIDO CON OSTEOSARCOMA, HERMANA CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (NO RECUERDA PACIENTE) APP: SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. HABITOS TÓXICOS: FUMADOR DESDE LOS 15 AÑOS DE EDAD Y DEJO HACE 16 AÑOS, UNA CAJETILLA DIARIA, BEBEDOR SOCIAL ACUDE POR CONSULTA EXTERNA POR REFERIR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS DE MAS O MENOS 3 MESES DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADO DE ASTENIA E INSOMNIO AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15, NORMOHIDRATADO, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS A LA LUZ, CUELLO NO ADENOPATIAS, NO SIGNOS DE INGURGITACION YUGULAR, OROFARINGE NO CONGESTIVA, TORAX: RUIDOS CARDIACOS **ARRITMICOS** NO SE AUSCULTA SOPLOS, PULMONAR MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN RHA PRESENTE, NO MEGALIAS,EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, NYHA II SE ENVIA A REALIZAR ELECTROCARDIOGRAMA DONDE SE EVIDENCIA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR ACELERADA MAS CRECIMIENTO DE CAVIDADES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ELECTROCARDIOGRAMA: SE EVIDENCIA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR ACELERADA MAS CRECIMIENTO DE CAVIDADES ?

HEMIBLOQUEO DE FASCICULO ANTERIOR?, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR CARDIOLOGIA.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499		X	4			
2FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	I48X	X		5			
3BLOQUEO FASCICULAR ANTERIOR IZQUIERDO	I444	X		6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/10/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	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	FIRMA	SELLO		