

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1306499433	1306499433					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SOLORZANO	MONTALVAN		ANDREA		F	20/6/1947	77	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN						
995133220				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
		CIRIACO 2	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
			4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
USP		EMERGENCIA	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA HACE 20 AÑOS . DOLOR PRECORDIAL NO ESPECIFICADO . REFIERE DOLOR PRECORDIAL CON IRRADIACIÓN A HOMBRO IZQUIERDO Y MAXILAR INFERIOR ADEMAS REFIERE TAQUICARDIA QUE REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA . EXÁMEN FÍSICO ACTUAL . TEMPERATURA AFEBRIL , CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO . CSPS CLAROS VENTILADOS , RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMALES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO : PRESIÓN ARTERIAL 150/90 PULSO CARDÍACO 145x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x' SATURACIÓN 96% AL AMBIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOCITOS #6.38X10⁹
NEUTROFILO %* 78.0
HEMOGLOBINA %12.6
Valoración por Cardiología

E. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. TAQUICARDIA TIPO NO ESPECIFICADA	R00.0	X		4. TAQUICARDIA TIPO NO ESPECIFICADA	R00.0	X	
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2/4/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA		
1312022369				

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		