

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: MSP, UNICÓDIGO: 1413, ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL BASICO SAN ANDRES, TIPOLOGIA: II, NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 1306631274, NÚMERO DE ARCHIVO:
PRIMER APELLIDO: VERA, SEGUNDO APELLIDO: ZAMBRANO, PRIMER NOMBRE: MARIA, SEGUNDO NOMBRE: AUXILIADORA, SEXO: F, FECHA NACIMIENTO: 20/06/70, EDAD: 52, CONDICIÓN EDAD (MARCAR): X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0-985722634, REFERENCIA: X, DERIVACIÓN:
MOTIVO: 6. Problemas de abastecimiento, 7. Insuficiencia de profesionales, 8. Inadecuada capacidad resolutiva, 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: PROVINCIA: MANABI, CANTÓN: FLAVIO ALFARO, PARROQUIA: FLAVIO ALFARO

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE SEXO DE FEMENINO APP HTA TRATADA CON ENTRESTO . ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA ,TICNITUS Y MAREOS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN SIN CAUSA APARENTE , LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMETRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 150/80 MMHG T°36 SAT95% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
VALORACIÓN POR Medicina interna

E. DIAGNOSTICO
1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA CIE: I10 PRE: X DEF:
2. Diabetes mellitus no especificada CIE: E14 PRE: X DEF:
3. Gastritis no especificada CIE: K295 PRE: X DEF:

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
FECHA: 18/9/2025, HORA: 8am, PRIMER NOMBRE: RÓMULO, PRIMER APELLIDO: MUÑOZ, SEGUNDO APELLIDO: MOREIRA, NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1312022369, FIRMA: Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN
REFERENCIA JUSTIFICADA: SI, NO, DERIVACIÓN JUSTIFICADA: SI, NO
CONTRAREFERENCIA: REFERENCIA INVERSA: ROMULO ARGENTIS MUNOZ MOREIRA

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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO
1. CIE: PRE: DEF:
2. CIE: PRE: DEF:
3. CIE: PRE: DEF:

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
FECHA: 18/9/2025, HORA: 8am, PRIMER NOMBRE: RÓMULO, PRIMER APELLIDO: MUÑOZ, SEGUNDO APELLIDO: MOREIRA, NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1312022369, FIRMA: SELLO: