

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	1306814482						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR	LÓPEZ		TERESA	DEL CARMEN	F	21/7/1975	50	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0-985171093				☒	☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.				☐			
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO	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 resolutive				☒			
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				☒			

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 DE SEXO FEMENINO DE 50 AÑOS EDAD APP. BRADICARDIA Y HIPOTENSIÓN NO ESPECIFICADA, NO TRATADA , ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO DE DISNEA ASTENIA , ESPORADICAS QUE CAUSA NO ESPECIFICADA. REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES PARÁMETROS NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR CARDÍOLOGO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF								
1. HIPOTENSIÓN ARTERIAL NO ESPECIFICADA.	195.9		X	4.							
2.				5.							
3.				6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
04/10/2026	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312022369	DR ROMULO MUÑOZ			

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								
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		