

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		1245	CS Junín		C	1306952928		1306952928	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Giler		Daza		Denny		M	6/12/70	53	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0981000344		Mambí Junín Junín		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA					
Mambí		Junín		Junín					

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	
Masculino de 53 años de edad, con antecedentes HTA, diabetes mellitus sin tratamiento, insuficiencia cardíaca congestiva, quien estuvo ingresado por angina inestable, paciente que se encuentra en tratamiento y seguimiento por consulta externa por cardiología, paciente que durante la noche presenta dificultad respiratoria, por lo que solicita valoración por especialidad.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Cinecoronariografía (17/8/24) arteria descendente anterior ectásica, presenta puente muscular central de tensión medio, neoclusivo, flujo lento, disfunción endotelial moderada.	

E. DIAGNÓSTICO							
PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Angina Pectoral		1200		X			
2. Insuficiencia Cardíaca congestiva							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/10/24	11:20	Rol	Loor	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
B1484177			Dr. Ronald Loor Quiroz ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR SERVICIO 15-12038	

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.							
2.							

DO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

RESPONSABLE			
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA		SELLO	