

RECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1307253037	1307253037
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO	ZAMBRANO	ISABEL	MARILU	F	4/10/1971
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
991750918		X		H	D M A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO		X	
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	6 Problemas de abastecimiento		
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	7 Insuficiencia de profesionales		
			8 Inadecuada capacidad resolutive		
			9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
			X		

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 54 AÑOS DE EDAD CON APP HIPERTENSION ARTERIAL AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, MAS TAQUICARDIA, ADEMAS REFIERE, MAREO CON NAUSEAS, RUBOR Y CALOR EN CARA, DOLOR PRECORDIAL DE LEVE INTENSIDAD. AL MOMENTO CONCIENTE ACTIVA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TA 200/80

E. DIAGNÓSTICO

1. ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADO
2. HIPERTENSION ARTERIAL
- 3.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
3/20/2026	11 00	GEORGE	GUZMÁN	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELO	
1312195694				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	REFERENCIA INVERSA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA					

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

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	SELO	

DERIVACIÓN CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA