

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| MARQUEZ          | ALCIVAR          | LETTY DEL ROCIO | 10                  | 11  | 1977 | 46 años, 11 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307702785        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHONE y                      | 096-777-8727 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.          | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |              |       | Distrito/Area  |     |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------|-------|----------------|-----|
| MSP                 | 1307702785               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              |       | 13D07 / ZONA 4 |     |
|                     |                          |                          |                                                      |              |       |                |     |
| Refiere o Deriva a: |                          |                          |                                                      |              | Fecha |                |     |
| Red Complementaria  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA |                          | Consulta externa                                     | Cardiología  | 2024  | 10             | 29  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud |                          | Servicio                                             | Especialidad | día   | mes            | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE AL RETGIRO DE MEDIACION ESTA ESTABLE... AHORA PA REGULADA... TOMA AHORA LOSARTAN AMLODIPINO... CON HIPERTROFIA DE LA AURICULA por posiible hipertensio pulmonar... se investigara estenosis de válvula enviando a hndc cardiologia... a tenido sincopes... |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|               |
|---------------|
| 0967778727... |
|---------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------|--------|-----|-----|
| SINCOPE Y COLAPSO | R55X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO       | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| 2024-10-29 | 12:06 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               |     | Fecha |     |  |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-----|-------|-----|--|
|                                       |                          |      |               | /   |       |     |  |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día | mes   | año |  |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO       | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| 2024-10-29 | 12:06 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |       |

