

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP			HOSPITAL NATALIA HUERTA NIEMES			1307911709		1307911709							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LOPEZ		ZAMBRANO		DANIEL		ARMANDO		M	20/10/1973	51	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0997079833															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO							
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI				TOSAGUA		BACHILLERO								X	
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.							
				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive							
				5. Problemas de infraestructura.				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		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO CON 51 AÑOS, APP: HIPERTENSION ARTERIAL NO TRATADA, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE,APF: +MADRE: CANCER DE MAMA.SINDROME CORONARIO AGUDO (PADRE Y HERMANO), ACUDE POR PRESENTAR DOLOR TOR ÁCICO DESDE HACE 1 SEMANA, UBICADO EN LA REGI ÓN PECTORAL IZQUIERDA, NO SE IRRADIA, EMPEORA CON EL MOVIMIENTO Y CALMA CON EL REPOSO.

SIGNOS VITALES: TA: BRAZO IZQUIERDO: 190/110 mmHg PIERNA IZQUIERDA: 200/ 100mmHG FC: 89 L.x.m FR: 20 Rpm SatO2%: 96% al aire ambiente T: 36.0 GRADOS CELCIUS, CAMPOS PULMONARES: ESTERTORES CREPITANTES DE PEQUE Ñ AS BURBUJAS BILATERALES, CARDIOVASCULAR: RITMICO, HIPOFONETICO, SIN SOPLOS O RUIDOS AGREGADOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EKG:CRITERIOS DE PEGUERO LO PRESTI, CORNELL, SOKOLOW LYON POSITIVO PARA CRECIMIENTO VENTRICULAR IZQUIERDO. ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, INSUFICIENCIA AÓRTICA LEVE.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTENSION ARTERIAL		I10X		X	4.			
2.	INSUFICIENCIA DE LA VALVULA AORTICA		I351		X	5.			
3.	OTRAS CARDIOPATIAS HIPERTROFICAS		I422		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
15/07/2025	09H30	RUTH		CUADRADO		GAMBOA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
0910337450							

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		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		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	