

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                                   |               | 1413             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |               | II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1308599958                          |            | 1308599908        |                          |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |               | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SEGUNDO NOMBRE                      |            | SEXO              | FECHA NACIMIENTO         | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Santana                               |               | Bermúdez         |                            | Carmen        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rocio                               |            | F                 | 16/7/1975                | 50   | H                       | D | M | A |
|                                       |               |                  |                            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |            |                   |                          |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |               |                  |                            |               | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN |                   | <input type="checkbox"/> |      |                         |   |   |   |
| 0- 99 155 9484                        |               |                  |                            |               | <div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div></div> <div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div></div> |                                     |            |                   |                          |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |               |                  |                            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |            |                   |                          |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN        |                  | PARROQUIA                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |            |                   |                          |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | FLAVIO ALFARO |                  | FLAVIO ALFARO              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |            |                   |                          |      |                         |   |   |   |

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 SEXO DE FEMENINO APP HTA NO TRATADA . ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA ,TICNITUS Y MAREOS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN SIN CAUSA APARENTE , LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMETRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 150/80 MMHG T°36 SAT95% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA

E. DIAGNÓSTICO

|                                           |       |     |     |    |  |     |     |     |
|-------------------------------------------|-------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO        | CIE   | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. INSUFICIENCIA CARDÍACA NO ESPECIFICADA | 150.9 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.                                        |       |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.                                        |       |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |                          |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE            |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       | 8am             | RÓMULO                   |  | MUÑOZ           |  | MOREIRA          |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                    |  |                 |  |                  |  |
| 1312022369                            |                 | Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                                           |    |  |    |  |                                             |    |  |    |  |
|-------------------------------------------|----|--|----|--|---------------------------------------------|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                    | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA                      | SI |  | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> |    |  |    |  | REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |    |  |    |  |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |