

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOPEZ            | ZAMBRANO         | FRANCIA ARGENTINA | 29                  | 04  | 1953 | 71 años, 8 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                        | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308647328        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA A QUTO y FRENTE A LA IGLESIA | . 7671/ 4076 - . 765/ 637. 7 |
| 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                 | 1308647328                | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              |      |       | 13D07 / ZONA 4 |
|                     |                           |                          |                                                      |              |      |       |                |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                                                      |              |      | Fecha |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa                                     | Cardiología  | 2025 | 01    | 06             |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                          | Servicio                                             | Especialidad | día  | mes   | año            |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE ADULTA MAYOR DE 71 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL NO TOMA TRATAMIENTO ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DISNEA DE MINIMOS ESFUERZOS + TOS SECA IRRITATIVA Y EDEMA FACIAL Y DE MIEMBROS INFERIORES. FAMILIAR REFIERE QUE ACUDIO AL HOSPITAL EL SABADO EN LA MAÑANA DONDE ESTUVO EN OBSERVACION HASTA LA TARDE, EL DIA DE HOY ACUDE POR EL AREA DE EMERGENCIA POR CONTINUAR CON LA SINTOMATOLOGIA, FAMILIAR ENTREGA HOJA DE CONTRAREFERENCIA EXTENDIDA EN EL HOSPITAL. PACIENTE REQUIERE CONTROL CARDIOLOGICO. AL EXAMEN FISICO PRESENTA CREPITANTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                          |
|--------------------------|
| NO PRESENTA LABORATORIOS |
|--------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA | I500   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                             |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-01-06 | 11:51 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |  Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |