

A+A1:CA80. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HAGA		B	1308723483		1308723483		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
CONTRERAS		ZAMBRANO		JUANA		M	6/2/1964	70	N D M A	
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN				
0982612606 979203178 0939998929					X					
PROVINCIA					CANTÓN	PARROQUIA				
MANABI					CALCETA	CALCETA				
1. Accesibilidad geográfica.					2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.	
5. Problemas de infraestructura.					6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.	
					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				CONSULTA EXTERNA		CARDIOLOGÍA				
AGOP										
PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS D EDAD CON CUADRO CLÍNICO CON ANTECEDENTE PATOLÓGICOS PERSONALES HIPERTENSION ARTERIAL, DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 82%, AGUDEA A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, CON FRECUENCIA CARDÍACA DE 170 LATIDOS POR MINUTOS CON VARIABILIDAD DE 180LPM. EKG SE EVIDENCIA INTERVALOS DE PR CORTO, COMPLEJO QRS ANCHO, APARENTE ONDA DELTA										
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS										
EKG SE EVIDENCIA : TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR										
E. DIAGNÓSTICO										
PRE: PRESUNTIVO		DEF: DEFINITIVO		CE	PRE	DEF				
1. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR		1471			X					
2.										
3.										
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE										
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
1/13/2025		9:00		MARCOS		AZUA		CEDEÑO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO						
1311550667										
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN										
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		SI		NO		
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA						
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	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		CE	PRE	DEF				
1.										
2.										
3.										
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						