

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICODIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1309391496		NÚMERO DE ARCHIVO 1309391496	
PRIMER APELLIDO Solórzano		SEGUNDO APELLIDO Giler		PRIMER NOMBRE Gloria		SEGUNDO NOMBRE Irene		SEXO F	FECHA NACIMIENTO 5/22/61/1961
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0969731970				REFERENCIA []		DERIVACIÓN []		CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H [] D [] M [] A []	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA: MANABI CANTON: T.S./Jao PARROQUIA: T.S./Jao				MOTIVO 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 resolutive. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Consulta externa	SERVICIO Cardiología	ESPECIALIDAD Cardiología
--------------------------------	--	-------------------------	-----------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 51 años hipertensa, con cuadro clínico caracterizado por dolor precordial, sensación de falta de aire y angustia de varios meses de evolución, antecedente de hipertensión, a la Rx se observa cardiomegalia.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Electrocardiograma: intervalo PR corto, complejo QRS ancho

DIAGNÓSTICO

PRE+ PRESUNTIVO	DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Síndrome de Wolff-Parkinson White	BS56	8	4				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 12/12/2025	HORA (hh:mm) 15:10	PRIMER NOMBRE Taynora	PRIMER APELLIDO Sila	SEGUNDO APELLIDO Figueroa
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312582487		FIRMA [Firma]		SELLO Dra. Taynora S. Figueroa MÉDICO GENERAL C.I. 1312582487 R.C.S. 1009-2017-1914602

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE+ PRESUNTIVO	DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO