

A. 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	1271	San Bartolomé	A	1309631339					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN (SI/NO) (MARCAR)		
Montes	Vera	Pedro	Yonidas	M	11/03/65	60	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☒ F		
TELÉFONO (CÓDIGO, NÚMERO Y EXTENSIÓN)						REFERENCIA	DERIVACIÓN		
0967163151							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. Insuficiente capacidad resolutoria ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISIA							
Manabí	Bolívar	Calata							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE / DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital Napitumá, Pícol	Consulta Externa	Cardiología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente adulto de 60 años, app: disrritmias físicas bti por sevela, palpitaciones. Aduce por cuadro clínico de larga data por dolor torácico de moderada intensidad en hemitorax izquierdo sin disnea que aumenta en actividades físicas y al momento inspiratorio y presenta náusea leve con reposo presenta alteraciones en ECG, presencia sin náusea pese a terapia analgésica, por lo cual se refiere para estudio y seguimiento.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TA: 120/85 FC: 83 ECG: Alteraciones con supranivel ST DII-DIII y AUF, presencia de ondas Q DII-DIII -VS, V6.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-SUMATIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
Angina de pecho, no especificada			I709	X					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/11/2015	10:20	Gabriel	Intriago	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1310605587				

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	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 (dd-mm-aa)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE-SUMATIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		