

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1314

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL BASICO SAN ANDRES

TIPOLOGIA

II

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1310927155

NÚMERO DE ARCHIVO

1310927155

PRIMER APELLIDO

INGA

SEGUNDO APELLIDO

ZAMBRANO

PRIMER NOMBRE

JULIO

SEGUNDO NOMBRE

GABRIEL

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

4/3/1987

EDAD

39

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

999324947

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

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

X

X

X

X

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

CHONE

PARROQUIA

CHOINE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

CARDIOLOGIA

PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD SIN APP

AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, MAS TAQUICARDIA, ADEMAS REFIERE, MAREO CON NAUSEAS, RUBOR Y CALOR EN CARA, DOLOR PRECORDIAL DE LEVE INTENSIDAD.

ADEMAS REFIERE DISNEA DE MODERADA INTENSIDAD. SE REALIZA CONTROL DE TA LAS CUALES PRESENTA VALORES ANORMALES EN SU MAYORIA

AL MOMENTO PACOEMTE ESTABLE ORIENTADO EN TIENPO Y ESPACIO

TA:160/90 FC 90 SPO98

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1. ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADO

I209

X

4.

2. HIPERTENSION ARTERIAL

I10

X

5.

3.

6.

FECHA
(aaaa-mm-dd)

3/18/2026

HORA
(hh:mm)

11:00

PRIMER NOMBRE

GEORGE

PRIMER APELLIDO

CUSME

SEGUNDO APELLIDO

MENENDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1312195694

FIRMA

GEORGE C

SELLO

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

4.

2.

5.

3.

6.

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

FECHA
(aaaa-mm-dd)

HORA
(hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA