

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1310974025								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ		ESPINOZA		EDDY		YONAHIRA		F	11/08/1980	45	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0979030822		NO		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO										
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI				TOSAGUA		TOSAGUA		7. Insuficiencia de profesionales.						
								8. Inadecuada capacidad resolutive						
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
								X						
								X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON IBERSARTAN 150 MAS HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG DIA Y CARVEDILOL 50 mg. DIA., PACIENTE MENCIONA QUE DÍAS ANTERIORES ESTUVO EN LA EMERGENCIA CON CEFALEA Y PICO HIPERTENSIVO A PESAR DE ESTAR RECIBIENDO NUEVA MEDICACIÓN, SE HACE HINCAPIÉ EN TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PARA COMPLEMENTAR. PACIENTE MANIFIESTA QUE EL, DOLOR DE CABEZA ES INTENSO Y QUE ADEMAS PRESENTA , FOTOPSIA, HIPERSENSIBILIDAD AL RUIDO Y LA LUZ., SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA		I501	X		4.				
2.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL D DIFICIL CONTROL		I10X		X	5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/09/17	15: 00	Yolanda		Cedeño		Cedeño	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1311762940						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI		NO	
CONTRAREFERENCIA					REFERENCIA INVERSA				

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	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	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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	