

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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         | 1311537821                       |      |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |                   | PRIMER NOMBRE            |                                  | SEGUNDO NOMBRE |                                  | SEXO | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              | CHICA            |                   | DELIA                    |                                  | MONSERRATE     |                                  | F    | 14/09/1984                                              | 41   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |                | DERIVACIÓN                       |      | MOTIVO                                                  |      |                         |   |   |   |
| 0984917979                            |                  | NO                |                          | X                                |                |                                  |      | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                   |                          |                                  |                |                                  |      | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA         |                          |                                  |                |                                  |      | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA          | TOSAGUA           |                          |                                  |                |                                  |      | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                |                                  |      |                                                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                |                                  |      |                                                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |                |                                  |      | X                                                       |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |                |                                  |      | X                                                       |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |                |                                  |      |                                                         |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

.ADULTA MEDIA 41 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: \*CLÍNICOS: HTA DIAGNOSTICADA HACE 20 AÑOS, ACV ISQUEMICO HACE 6 MESES CON INTERNACIÓN EN HOSP NAPOLEON DAVILA POR 15 DIAS, \*AGO: G3P0C2A1 FUM 10/12/2024 PARIDAD SATIFECHA, \*QUIRURGICOS: 2 CESAREAS, SALPINGECTOMIA HACE 16 AÑOS, \*ALERGICOS: NIEGA, \*TOXICOLOGICOS: NIEGA, \*MEDICACION HABITUAL: TERLMISARTAN + AMLODIPINO 80/10MG VO QD, CARVEDILOL 6.25MG VO BID, ESPIRONOLACTONA TAB 50MG VO QD, CLOPIDOGREL TAB 75MG VO QD, ATORVASTATINA 20MG QD, \*AP FAMILIARES: PADRE (+) DM2, MADRE HTA. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL, AL MOMENTO CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA POR HEMIPARESIA A PERDOMINIO CRURAL IZQUIERDA, SE MANTIENE EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA Y CARDIOLOGIA EN HOSP NAPOLEON DAVILA CORDOVA, NO CEFALEAS, NO PERDIDA DEL APETITO, DIURESIS Y CATARSIS POSITIVAS. A LA VALORACIÓN PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO |                                                                            | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.              | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) DE DIFICIL MANEJO                         |                 | I10X |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.              | SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS |                 | I698 |     | X   | 5. |  |     |     |     |
| 3.              |                                                                            |                 |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                                                                   |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO                                                  |
| 2026/01/15                            | 16:00        | YOLANDA       | CEDEÑO          | CEDEÑO                                                            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO                                                             |
| 1311762940                            |              |               |                 | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: |

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            |
|                                       |              |               |                 |                  |