

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			1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	13117010147																																					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE				FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																																	
VELEZ		GUERRERO		SARA		ELIZABETH		F 26/08/1985		40	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table>				H	D	M	A				x																						
H	D	M	A																																									
			x																																									
						REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐																																			
0979160607																																												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																																												
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA																																									
MANABI	PORTOVIEJO		PORTOVIEJO																																									
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																																						
						<table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>									☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																													
						☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																													
						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE QUE MENCIONA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES COMPATIBLE CON INSUFICIENCIA CARDIACA, MENCIONA ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADO CON ARAS2, DIURETICOS, PACIENTE QUE MENCIONA DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, AL EXAMEN FISICO RUIDOS CARDIACOS HIPOFONETICOS

E

ELECTROCARDIOGRAMA: SEGMENTO QRS ANCHO MAYOR A 0.12 SEGUNDOS, COMPLEJO QRS ALTO

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESORITIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF				CE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA		1509		X	4.						
2.						5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/07/09	09:20	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
CEDULA	FRIMA	Firmado electrónicamente por: SELLO		
1310630817		FANNY ELEAN VASQUEZ SOLORZANO		
Validar únicamente con FirmaRC				

[illegible]

x

1

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAENE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MEP	1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES			

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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

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