

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	1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1313416693						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ	LOOR	VERONICA	LUCIA	F	07/07/1988	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
986826856	MSP		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							
			X							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON HTA CRONICA, POSPARTO HACE 2 MESES, INICIO CUADRO HIPERTENSIVO HACE 3 AÑOS, TUVO COMPLICACION DURANTE EL ULTIMO TRIMESTRE DE SU EMBARAZO CON PREECLAMPSIA, CON NIVELES VARIABLES DE PRESION ARTERIAL. ACTUALMENTE ESTABLES EN TTO CON ENALAPRIL 10 MG CADA 12 HORAS, METILDOPA 250 MG CADA 12 HORAS. NO COMPLICACIONES AGUDAS ACTUALES. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, EXTREMIDADES: NO EDEMA. BAJO EL CONTEXTO DE UN ADULTO MEDIO CON HTA CRONICA, APG DE PREECLAMPSIA, REALIZO REFERENCIA PARA QUE CONTINUE SU CONTROL MEDICO CON CARDIOLOGO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PA: 120/70 MMHG FC:90 XM, SP02:99 % PESO: 69 KILOS.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	I10		X	4.			
2.	POSPARTO	Z392		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/09/2024	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA Firmado electrónicamente por: IGNACIO XAVIER MANRIQUE AVEIGA		SELLO	
1308639879				

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	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	