

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 131413162-5	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Cordero	SEGUNDO APELLIDO Cordero	PRIMER NOMBRE Pedro	SEGUNDO NOMBRE	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 11/11/1986
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐	CONDICIÓN EDAD (MAR)	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MAR)	
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Pavón Alvarado	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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD H	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Cardiología
--------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 38 años de edad con disparea progresiva con un mes de evolución, dolor torácico por el uso de musculatura accesoria, mayor en la noche. Paciente hipertenso de larga data tratado con losartán e icam, sin embargo no se ciñere al tratamiento. Signos vitales

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Cardiomegalia, pérdida de la silueta cardíaca, se evidencia contornos anel pulmonar

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF=DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1. Insuficiencia cardíaca, no congestiva	I50.9		X		
2.					
3.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2/12/2025	HORA (hh:mm) 0:30	PRIMER NOMBRE Tania	PRIMER APELLIDO Teros	SEGUNDO APELLIDO Blanco
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA Dra. Tania Terreros MEDICO GENERAL CL 1722309308		

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

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
----------------------------	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	
---	--

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF=DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1.					
2.					
3.					

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

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