

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	1410	HBAGA	B	1314100610	1314100610
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
CANO	LUCAS	OLGA	CRISTINA	F	4 03 2004
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN
030259472 0967858363				X	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIJA	☐ 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	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITALIZACIÓN	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMANINA DE 20 AÑOS DE EDAD APPP NO RELEVANTES NO ALERGIAS CONSULTA POR PRESENTAR PALPITACIONES TAQUICARDIA SINCOPE A REPETICION POR LO QUE REQUIERE DE SU VALORACION Y TRATAMIENTO ACE 5 AÑOS CON EL MISMO CUADRO CLINICO

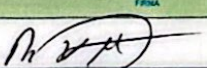
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SINCOPE

E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
ARRITMIAS NO ESPECIFICADA								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
19 11 2024	12 00 a m	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1302656473				

Victor A. Cedeño
MÉDICO CLÍNICO
REG. PROF. M.S.P.
CÓDIGO VIGILANCIA: 1002 N° 20

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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	TIPOLOGÍA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

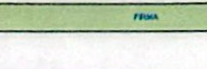
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.

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		
				

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA