

MSP

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de la Salud	UNICÓDIGO 1245	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS Unitaria	TIPOLOGÍA C	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1314282197	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO XXX	SEGUNDO APELLIDO Torres	PRIMER NOMBRE Rosa	SEGUNDO NOMBRE Mirtlene	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 11/14/54
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) Pud. L. Roldán /		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A ☐ ☐ ☐ ☒	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Turrub	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 resolutive. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de la Salud	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital	SERVICIO Cardiología	ESPECIALIDAD Cardiología
---	--------------------------------------	-------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 69 años de edad, en antecedentes de Hipertensión y Glicemia Elevada. Acude a consulta refiriendo que presenta episodios de mareos y náuseas de episodios de epigastralgia después de platos y verduras a pesar del tratamiento sintomático.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Glicemia, no controlada		K292	x				
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 1/05/14	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Marta	PRIMER APELLIDO Lora	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1314282197	FRMA	SELLO		

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	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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

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
--------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------