

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                         |               |                                  |                                                          |                                     |                  |                          |                          |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------|---------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DESALUD | TIPOLOGIA     | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                                        |                                     |                  |                          |                          |   |   |   |
| MSP                                   | 1245             | CSC 24 H JUNIN          | C             | 1314299551                       | 1314299551                                               |                                     |                  |                          |                          |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |                         | PRIMER NOMBRE |                                  | SEGUNDO NOMBRE                                           | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO | EDAD                     | CONDICIÓN DE AD (MARCAR) |   |   |   |
| MACIAS                                | MOREIRA          |                         | MARIA         |                                  | DAYANA                                                   | M                                   | 04/07/1995       | 30                       | H                        | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                         |               |                                  | REFERENCIA                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN       | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |   |
| 0989596570 / Sitio Pita Chica         |                  |                         |               |                                  | MOTIVO                                                   |                                     |                  |                          |                          |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                         |               |                                  | 1. Accesibilidad geográfica.                             |                                     |                  |                          |                          |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           |                         | PARROQUIA     |                                  | 2. Falta de espacio físico.                              |                                     |                  |                          |                          |   |   |   |
| MANABI                                | JUNIN            |                         | JUNIN         |                                  | 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 DESALUD    | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES | CONSULTA EXTERNA | CARDIOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente femenina de 30 años de edad, con app de tetralogía de fallot. Acude a consulta solicitando referencia a Cardiología para seguimiento. En estos momentos menciona que ha bajado de peso en el transcurso del año, niega cansancio, no disnea, se observa cianosis ungueal y uñas en vidrio de reloj..

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECG: Ritmo del seno coronario, eje eléctrico a la izquierda, FC: 65 lat/min, onda P presente y mellada en derivadas derechas (v2 a v6), interv PR: 162 ms, onda T negativa en v1 a v4, índice de Sokolow: 7 ms, índice de Lewis: -32 ms.

E. DIAGNOSTICO

|                 |                      |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|----------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF=                 | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | TETRALOGIA DE FALLOT | Q213 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              |                      |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                      |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh-mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 12.29        | RONALD        | LOOR            | OUIROZ           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA SELLO  |               |                 |                  |
| 1312184177                            |              |               |                 |                  |

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                         |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DESALUD | 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 DESALUD | 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= | 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  |               |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |