

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1314702570		1314702570						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GOROZABEL		ANGULO		JOSE		LUIS		M	18/3/2000	25	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN							
980181746														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.							
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABI					5. Problemas de infraestructura.		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				EMERGENCIA		CARDIOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: DOLOR PRECORDIAL NO ESPECIFICADO . REFIERE DOLOR PRECORDIAL CON IRRADIACIÓN A HOMBRO Y BARZO IZQUIERDO Y TAQUICARDIA QUE REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA . EXÁMEN FÍSICO ACTUAL. TEMPERATURA AFEBRIL , CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO . CSPA CLAROS VENTILADOS , RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMALES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO : PRESIÓN ARTERIAL 130/90 PULSO CARDÍACO 145x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x' SATURACIÓN 96% AL AMBIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOCITOS #6.38X10@
NEUTROFILO %* 78.0
HEMOGLOBINA %12.6
Valoración por Cardiología

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	
1.	TAQUICARDIA TIPO NO ESPECIFICADA		R00.0	X		4.	TAQUICARDIA TIPO NO ESPECIFICADA		R00.0	X
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
10/3/2025	12:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA					

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	