

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	1247	C. S CARLOS MORALES	TIPO	1314816974	1314816974					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO	RIVAS	DANNY	ADRIAN	M	13-12/1992	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO			
09852245326- 0981420027		NO					6. Problemas de abastecimiento.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL							7. Insuficiencia de profesionales.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA					8. Inadecuada capacidad resolutiva			
MANABI	JUNIN	JUNIN NARANJITO					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		CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE 31 AÑOS SEXO MASCULINO QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE LA MAMÁ Y PRIMA CON ANTECEDENTES PERSONALES DISCAPACIDAD INTELECTUAL, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FALLA CARDIACA SEVERA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN 20%, CARDIOMEGALIA, SE REALIZA CATETERISMO CARDIACO QUE NO REFLEJA LESIONES PERO CATETERISMO DERECHO CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA, CONTROLADO CON CLOPIDOGREL 75 MG VO QD, SILDENAFIL 50 MG 3 VECES AL DÍA, ALDACTONE 100 MG VO 1/2 QD, DAPAGLIFLOZINA 10 MG VO QD, CARVEDILOL 25 MG VO QD, SACUBITRIL/VALSARTAN (ENTRESTO) 100 MG VO BID, PERTINENTES NEGATIVOS: NIEGA FIEBRE, NIEGA VÓMITOS, NIEGA PARESTESIAS. SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. A

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EXAMEN FÍSICO: PRESENCIA DE EDEMA LEVE QUE NO DEJA FOVEA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509		X	4.		
2.	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS ESPECIFICADAS	J448		X	5.		
3.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10X		X	6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
22/11/2024	11:15	SILVIA	RIVAS	MACIAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312034844			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.					4.		
2.					5.		
3.					6.		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FIRMA	SELLO	