

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						
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1314963891		----						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		BRIONES		SIRKE		DANIEL		M	3/5/1992	33	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN							
0963452470														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.									
					2. Falta de espacio físico.									
PROVINCIA					CANTÓN					DIRECIÓN				
MANABI					CHONE					CHONE				
					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		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE 11 AÑOS (DESDE LOS 19 AÑOS) SIN ESTUDIOS PARA HIPERTENSION SECUNDARIA EN CONTROL CON VALSARTAN 160 MG MAS AMLODIPINA 10 MG MAS HCT 12.5 MG CADA DIA SUSPENDIDO DURANTE UN MES, HACE EVENTO CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO HACE 1 MES DURANTE POR MANTENER CIFRAS DE PRESION ARTERIAL >200/110 EMERGENCIA HIPERTENSIVA CON REQUERIMIENTO DE INGRESO A UCI MAS VENTILACION MECANICA DURANTE 5 DIAS. PACIENTE ACUDE A CONTROL, ESTABLE, CON TRIPLE TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA: LOSARTAN 100MG CADA DIA/AMLODIPINA 10 MG CADA NOCHE Y CLORTALIDONA 25 MG CADA DIA AL MOMENTO PACIENTE NO PRESENTA DEFICIT NEUROLOGICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			I159	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/8/2025	8:30:00	ROBERT		PEÑARRIETA	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
					

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 CLINICO

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.			
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