MSP

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	1410	HBAGA	B	1315226744	1315226744

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
VARGAS	VARGAS	ARIEL	DAGOBERTO	M	23 02 1997	27				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 993008845 / 0999813029

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA | BARRIO | BOLIVAR | CALLE Y N

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO
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 resolutiva. [X]
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		C/ EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS NO REFIERE APP ACUDE POR PRESENTAR DESDE HACE 3 MESES MAREOS FOTOPSIAY PALPITACIONES SE ACOMPAÑA DE ALTERACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA DOLOR PRECORDIAL DE MEDIANA INTENSIDAD YSE ACOMPAÑA DE PARESTESIA EN M ENBRSO Y MANO IZQUIERDA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECG BRADICARDIA SINUSAL CON ARRITMIA SINUSAL

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO / DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ARRITMIA CARDIACA NO ESPECIFICADA	I499	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16 09 2024	12.10 M	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1302656473		Dr. Victor A. Cedeño Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. LIBRO: VI FOLIO: 1602 Nº 3064

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

DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO / DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

Scanned with CamScanner