

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	1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1316098779	1316098779			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MIELES	ZAMBRANO	EMILY	JAMILETH	F			H D M A	
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN			
986269952				☒	☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.				☐	
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	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 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
MSP		CONSULTA EXTERNA	Cardiología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO NO REFIERE ANTECEDENTES ALERGICOS NI QUIRURGICOS DE IMPORTANCIA , ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR PRECORDIAL NO ESPECIFICADO PALPITACIONES Y DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS . EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO DISTENDIDO TIMPÁNICO. EXTREMIDADES SP NO EDEMAS . SIGNOS VITALES P/A 126/80 MMHG T°36 SAT98% FC74X RESPIRACIÓN 17X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA

E. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		147.9		X	4.			
taquicardia paroxística no especificada					5.			
					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/8/2025	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312022369	Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

H. 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

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

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

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		