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		CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1316234176	1316234176

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ALONZO	VALENCIA	MARIA	NICOLL	M	16/06/00	24				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)
0967784586

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	BOLIVAR	CALCETA

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	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MUJER DE 24 AÑOS DE EDAD CON APP DE ARITMIA CARDIACA CON INDICACIONES DE CARDIOLOGIA HACE 8 MESES TRATAMIENTO BISOPROLOL 2,5MG VO QD, SECUNDIGESTA NULIPARA AGO; G1 P0 C1 A0 . APQ; CESAREA SEGMENTARIA #1 ALERGIA NIEGA APF ABUELA PATERNA DM Y HTA --ACUDE POR CONTROL PRENATAL #2 CON EMBARAZO DE 14,2 SEMANAS DE GESTACION POR ECO TEMPRANO Y FUM (16/11/24) , NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA FIEBRE, REFIERE CEFALEA DE EVA DE 6/10 DE MANERA ESPORADICA, NIEGA ESCOTOMA , NIEGA ACUFENOS AL EXAMEN FISICO ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, GLOBULOSO, DEPRESIBLE, RHA PRESENTES, HOY ALERTA AFEBRIL NO SIGNO DE VASOESPASMO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA TRNASLUCENCIA NUCAL 18/02/25 REPORTA EMBRAZO DE 13SG, FETO UNICO VIVO, SONOLUSCENCIA NUCAL 1MM (NORMAL) LCR 67MM (NORMAL) CORION PLACENTARIO DE IMPLANTACION ANTERIOR DISCRETAMENTE BAJA,

E. DIAGNOSTICO

	PRE-PRESUNTIVO / DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ARRITMIA CARDIACA , NO ESPECIFICADA	I499		X	4.				
2.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		X	5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/02/25	12:30:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1310605587		Firmado electrónicamente por: STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO

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. DIAGNOSTICO

	PRE-PRESUNTIVO / 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