

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO									
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1305234237		1305234237									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCO)					
VITE		NOLAZ		FABIAN		AGUSTIN		M	31/03/2025		21	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td></td> </tr> </table>		H	D	M	
H	D	M															
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN										
987932516																	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO										
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.										
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.										
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive										
MANABI					5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
FLAVIO ALFARO																	
FLAVIO ALFARO																	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGIA

PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR DOLOR EN EL PECHO EN OCASIONES, MAS PALPITACIONES QUE LE DIFICULTAN RESPIRAR, EL PACIENTE REFIERE UN MES DE EVOLUCIÓN CON LA SINTOMATOLOGIA, AL MEMENTO EN RX DE TORAX SE EVIDENCIA UNA CARDIOMEGALIA.

RX DE TORAX SE EVIDENCIA CARDIOMEGALIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE
1.	CARDIOMEGALIA			1517		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/03/2025	10:14	TANIA	TERREROS	IBARRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1722309398				<i>Dra. Tania Terreros</i> MEDICO GENERAL CI. 1722309398

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

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

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

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

F. DIAGNÓSTICO

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

