

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		1246	CS TOSAGUA		C	1351101819		1351101819					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VILELA		HERRERA		SARAI		SINAI	F	09/10/2011	13	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0985812676 - 0982567736		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.				
				3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutiva				
				4. Equipos en mal estado.		X			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
				5. Problemas de infraestructura.									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA, ADOLESCENTE QUE REFIERE PRESENTAR MAREOS, DECAIMIENTO, FATIGA, SENSACIÓN DE ANGUSTIA, NERVIOS Y DOLOR PRECORDIAL QUE SE EXACERBA CUANDO SE ASUSTA, DE +/- 4-5 MESES DE EVOLUCION, POR LO QUE SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UN ESTUDIO MAS PROFUNDO Y DAR TTO MEDICO OPORTUNO.

Fecha: 24/02/2025 Lcdo/a: VIVIANA VELEZ Grupo Sanguíneo: O Factor Rh: Positivo Glicemia: 83.5 mg/dl, Creatinina: 0.81mg/dl, Ac Urico 3.2 mg/dl, Urea 14.7 mg/dl; Colesterol 176.4 mg/dl, TAG: 159.5 mg/dl, VLDL: 31.9 mg/dl, TGO: 53 U/L, TGP: 19.1 U/L. ASTO: Negativo, FR: Negativo, PCR: Negativo. UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 3-5 xc/; Cel Epit: algunas; Bacterias: + ; MOCO: ++

EKG 24/02/2025. EKG: RITMO SINUSAL, ARRITMA CARDIACA TAQUICARDIA, NO SIGNO DE DE HIPERTROFIA DE CAVIDAES, NO ISQUEMIA, NO BLOQUEOS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. TAQUICARDIA PAROXISTICA, NO ESPECIFICADA	I479	X		4.			
2. ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499	X		5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/03/2025	3.00pm	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310509771				

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= 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	
				