

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO CIRIACO 2	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 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		EMERGENCIA	CARDIOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: DOLOR PRECORDIAL NO ESPECIFICADO . REFIERE DOLOR PRECORDIAL CON IRRADIACIÓN A HOMBRO IZQUIERDO Y MAXILAR INFERIOR ADEMÁS REFIERE TAQUICARDIA QUE REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA . EXÁMEN FÍSICO ACTUAL. TEMPERATURA AFEBRIL , CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO . CSPS CLAROS VENTILADOS , RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMALES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO : PRESIÓN ARTERIAL 120/90 PULSO CARDÍACO 145x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x' SATURACIÓN 96% AL AMBIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOCITOS #6.38X10⁹
NEUTROFILO %* 78.0
HEMOGLOBINA %12.6
Valoración por Cardiología

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO	DEF# DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	TAQUICARDIA TIPO NO ESPECIFICADA			R00.0	X		4.	TAQUICARDIA TIPO NO ESPECIFICADA	R00.0	X	
2.							5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2/4/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA			SELLO El presente es el único documento válido RÓMULO ARGENIS MUNOZ MOREIRA

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

3. 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

II. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF				
	DEF= DEFINITIVO						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 (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	