



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                                   | 001414           | San Antonio                  | CS             | 1306969278                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Alava                                 | Barberan         | Wellington                   | Maurilio       | H                                                       | 14-06-1969        | 55   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                   |                | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| 0980731124                            |                  | X                            |                | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                  | 2. Falta de espacio físico.  |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                |                  | 3. Falta de equipamiento.    |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             |                  | 4. Equipos en mal estado.    |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                    |                  | 1303                         |                | 130357                                                  |                   |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                          |                  |                  |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD     |
| MSP                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Medicina Interna |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ORIUNDO DE SHUSHUFINDI CON DX DE HACE HTA HACE 4 MESES- Y POSTERIOR EVENTO VASCULARTINTRAPARENQUIMATOSO SEGÚN SOLICITUD DE I/C AL MOMENTO CON HEMIPARESIA FASCIOMBRAQUIOCRURAL IZQUIERDA- Y CONIMPOSIBILIDAD PARA LA MARCHA. AL MOMENTO CONCIENTE- ORIENTADO- EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- CEGUERA EN OD-MEDICADO CON LOSARTAN 50 MG BID. NIFEDIPINO 10 MG TID- DOXAZOCINA 4 MG BID- CARVEDILOL 6.25 BID. 0979713336

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACION

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                                             |      |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                                         | PRE  | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | Secuelas De Otras Hemorragias Intracraneales No Traumaticas | I692 | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                                             |      |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                                             |      |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-09-17                            | 12:25        | Esther        | Zambrano        | Macias           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1311821787                            |              |               |                 |                  |

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. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |