



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	Quiroga		CS	1304769183													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Velez		Solorzano		Jesus		Agustin		H	31-07-1965	59	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0963017596				☒		☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive													
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
				5. Problemas de infraestructura.															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																	
13	1302	130252																	

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	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE QUE HACE APROXIMADAMENTE 6 AÑOS SUFRE EVENTO VASCULAR ENCEFÁLICO- FUE ACREDITADO EN EL AÑO 2022 CON 71% DE DISCAPACIDAD FÍSICA- REQUIERE HACER LA RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD- PACIENTE REFIERE QUE POSTERIOR AL EVENTO VASCULAR PRESENTA PROBLEMAS FÍSICOS Y VISUALES- PRESENTA HEMIPLEJIA- SE EVIDENCIA DEBILIDAD MOTORA DE MANO Y PIERNA IZQUIERDA DANIELS 3/5 Y PARESTESIA IPSILATERAL- FUERZA DE LADO DERECHO CONSERVADA. PACIENTE EN PROCESO DE RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE QUE HACE APROXIMADAMENTE 6 AÑOS SUFRE EVENTO VASCULAR ENCEFÁLICO- FUE ACREDITADO EN EL AÑO 2022 CON 71% DE DISCAPACIDAD FÍSICA- REQUIERE HACER LA RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD- PACIENTE REFIERE QUE POSTERIOR AL EVENTO VASCULAR PRESENTA PROBLEMAS FÍSICOS Y VISUALES- PRESENTA HEMIPLEJIA- SE EVIDENCIA DEBILIDAD MOTORA DE MANO Y PIERNA IZQUIERDA DANIELS 3/5 Y PARESTESIA IPSILATERAL- FUERZA DE LADO DERECHO CONSERVADA. PACIENTE EN PROCESO DE RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Hemiplejia No Especificada		G819		X	4.						
2.	Secuelas De Infarto Cerebral		I693		X	5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-06	11:13	Brissa		Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312068727					

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 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	