



| 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 Sebastian            |                                     | CS        | 1252246317                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                          | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| Ramirez                                                     |                                                         | Zambrano                            |                          | Dayson                              |           | Jeampier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | H                 | 18-04-2019       | 5    | <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 MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 0982079338 - 0953812187                                     |                                                         |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN                                                  | PARROQUIA                           |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          | 1311                                                    | 131152                              |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |

| 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 DE 5 AÑOS DE EDAD- SEXO MASCULINO- CON ANTECEDENTES DE SINDORME DE GUILLIAN BARRE DIAGNOSTICADO EL 08/06/2024- POR TAL MOTIVO ES TRAIIDO A CONSULTA PARA CONTROL MEDIC Y SOLICITA VALORACION POR NEUROLOGIA. PRESENTA CUADROS AGUDIZADOS PORSTERIOR AL REALIZAR ESFUERSO FISICO CARACTERIZADOS POR DEFICIENCIA EN LA MARCHA CON DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO APARENTE LEVE QUE PERMITE DEAMBULACION- POSTERIOR 2 DÍAS CONTINUA CON DOLOR MUSCULAR Y HAY IMPOSIBILIDAD A LA MARCHA INCLUIDA LA REGIÓN LUMBAR. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ELECTROMIOGRAFIA CON RESULTADO DE POLINEUROPATIA MOTORA GENERALIZADA- TIPO AXONAL GRADO DE AFECTACIÓN MODERADA A SEVERA. |

| E. DIAGNÓSTICO |                            | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Sindrome De Guillain-Barre |                                    | G610 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                            |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                            |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-02-10                            | 04:01        | 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<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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |