



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	Sesme		CS	1350495162										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Zambrano		Marcillo		Leandro		Sneyder		H	31-01-2008	17	H	D	M	A		
															X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO										
0963365004				X												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.										
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
13		1303		130356		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
						5. Problemas de infraestructura.										

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 17 AÑOS QUE ACUDE AL CENTRO DE S ALUD POR PRES ENTAR DEBILIDAD EN CARA DEL LADO IZQUIERDO DEAPROXIMADAMENTE 12 HORAS DE EVOLUCION- S IN PERDIDA DE FUERZA EN MANOS NI PIES - MADRE INDICA LLEVARLO A EMERGENCIAEN LA CUAL LE COLOCAN KETOROLACO DE 60MG IV- LUEGO LO ENVIAN A CAS A- ACTUALMENTE CON DEBILIDAD EN HEMICARAIZQUIERDA- PACIENTE REFIERE INLFMACION EN CARA- DIFICULTAD PARA HACER MOVIMIENTOS NORMALES EN CARA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE DE 17 AÑOS QUE ACUDE AL CENTRO DE S ALUD POR PRES ENTAR DEBILIDAD EN CARA DEL LADO IZQUIERDO DEAPROXIMADAMENTE 12 HORAS DE EVOLUCION- S IN PERDIDA DE FUERZA EN MANOS NI PIES - MADRE INDICA LLEVARLO A EMERGENCIAEN LA CUAL LE COLOCAN KETOROLACO DE 60MG IV- LUEGO LO ENVIAN A CAS A- ACTUALMENTE CON DEBILIDAD EN HEMICARAIZQUIERDA- PACIENTE REFIERE INLFMACION EN CARA- DIFICULTAD PARA HACER MOVIMIENTOS NORMALES EN CARA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Paralisis De Bell		G510	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-12	09:45	Bryam	Cantos	Alcivar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1316378957				

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	