



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	Ricaurte	CS	0705855096									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Valencia	Valencia	Jennifer	Paulette	M	26-08-1999	25	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN MOTIVO								
0986576611		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.							☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		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	Medicina Interna

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. APP: DERRAME FACIAL HACE 1 MES APROXIMADAMENTE. APF: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DEBILIDAD LADO IZQUIERDO DEL ROSTRO- DIFICULTAD PARA CERRAR LOS OJOS- SONREIR Y DOLOR EN EL ROSTRO. PACIENTE REFIERE ESTAR EN TRATAMIENTO CON ACICLOVIR Y COMPLEJO B. PACIENTE REFIERE DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN EL ROSTRO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS- PARALISIS EN MUSCULOS FACILES PREDOMINIO LADO IZQUIERDO- DIFICULTAD PARA CERRAR LOS OJOS Y SONREIR; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATACION 4. DICLOFENACO 50MG PRN 6. REFERENCIA MEDICINA INTERNA 7. CONTROL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DEBILIDAD LADO IZQUIERDO DEL ROSTRO- DIFICULTAD PARA CERRAR LOS OJOS- SONREIR Y DOLOR EN EL ROSTRO. PACIENTE REFIERE ESTAR EN TRATAMIENTO CON ACICLOVIR Y COMPLEJO B. PACIENTE REFIERE DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN EL ROSTRO.

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
2025-03-21	03:45	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311538662				

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		