



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	Unidad Anidada Hospital Basico De Rocafuerte	AU	1302869258							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Ruiz	Velez	Maria	Magdalena	M	02-12-1948	76	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0967060997 // 0996413639		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
13	CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
1312	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
131250		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	Geriatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 76 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA EN TTO CON LOSARTAN 100 MG QD AM CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 60% Y ECV HACE DOS AÑOS ACUDE AL CS ROCAFUERTE POR DEMANDA REFIRIENDO PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PARESTESIAS Y DESESTESIAS AGUDAS E INTERMITENTES DE MIEMBROS INFERIORES Y EXTREMIDADES SUPERIORES SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA (SIN FIEBRE CEFALEA NAUSEAS MAREO ESCOTOMAS NI VISION BORROSA) AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS ACTIVA Y COLABORADORA AL INTERROGATORIO SV 127/72 FC 80 SAT 95% T 36-0°C P 69-9 KG T146 CM SE DECIDE EN CONJUNTO CON MED FAMILIAR DRA XIMENA DELGADO REALIZAR REFERENCIA AL SERVICIO DE GERIATRIA PARA VALORACIPN INTEGRAL Y MULTIDICIPLINAR POR ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y DEBIDO A INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXAMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS A ESPERA DE RESULTADOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Parestesia De La Piel		R202	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-03	09:08	Karen	Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310488075				

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	