



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	Ines Moreno		CS-A	1313166405																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
Solorzano		Navarrete		Mariuxy		Lisbeth		M	07-05-1988	37	<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																									
0998299974				☒		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>						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.	☐		
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.	☐																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																													
13	1302	130250																													

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		Endocrinología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
APP: ADENOMA DE HIPOFISIS 2019. INFERTILIDAD EN TRATAMIENTO POR 3 AÑOS TENIENDO RES ULTADOS FAVORABLES APG: G: 1 P: 0C: 1 A: 0. PARALISIS FACIAL: 4 EPISODIOS DESDE EL 2005. PLANIFICACION FAMILIAR CON CLOMIFENO CADA MES (2024). PERIODO DE LACTANCIA MATERNA 4 AÑOS. PACIENTE CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO DOLOR DE TIPO PUNZANTE DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD LOCALIZADO EN REGION OCULAR DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION PARIETAL Y OCCIPITAL DEL MIS MO LADO QUE SE ACOMPAÑA CON VISION BORROSA- PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE MAS O MENOS 2 MESES PRESENTA EPISODIO DE VISION BORROSA QUE SE ACOMPAÑA EN OCASIONES DE DIS MINUCION DE PERCEPCION DE PROFUNDIDAD ALTERADA EN OJO IZQUIERDO. SE REALIZA TES DE SNELL: DERECHO: 20/30 IZQUIERDO: 20/25. PACIENTE ACTUALMENTE CONS UME MEDICACION DE ANTIPLAMATORIO EN CASO DE CEFALEA.PLAN FARMACOLOGICO: ACICLOVIR 800 MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS- PREDNISONA 10 MG CADA DIA POR 10 DIAS. PLAN DX: TSH- PROLACTINA- T3 Y T4 TOTAL. TOMOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE.APP: ADENOMA DE HIPOFISIS 2019. INFERTILIDAD EN TRATAMIENTO POR 3 AÑOS TENIENDO RES ULTADOS FAVORABLES APG: G: 1 P: 0 C: 1A: 0. PARALISIS FACIAL: 4 EPISODIOS DESDE EL 2005. PLANIFICACION FAMILIAR CON CLOMIFENO CADA MES (2024). PERIODO DE LACTANCIA MATERNA 4 AÑOS. PACIENTE CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO DOLOR DE TIPO PUNZANTE DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD LOCALIZADO EN REGION OCULAR DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION PARIETAL Y OCCIPITAL DEL MIS MO LADO QUE SE ACOMPAÑA CON VISION BORROSA- PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE MAS O MENOS 2 MESES PRESENTA EPISODIO DE VISION BORROSA QUE SE ACOMPAÑA EN OCASIONES DE DIS MINUCION DE PERCEPCION DE PROFUNDIDAD ALTERADA EN OJO IZQUIERDO. SE REALIZA TES DE SNELL: DERECHO: 20/30 IZQUIERDO: 20/25. PACIENTE ACTUALMENTE CONSUME MEDICACION DE ANTIPLAMATORIO EN CASO DE CEFALEA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TSH- PROLACTINA- T3 Y T4 TOTAL. TOMOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Tumor Benigno De La Glandula Suprarrenal		D350		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-16	08:44	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	