



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	Cucuy		CS	1720810819																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Mendoza		Pinargote		Ana		Monica		M	04-05-1986	38	<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																	
096-868-7457				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
13	1303	130355																					

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 FEMENINO DE 38 AÑOS CON APP: NO REFIERE; APF: PADRE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA- DM2 Y HTA. HERMANA CON HTA; AQX: CRANEOCTOMÍA PARA EXÉRESIS DE MENINGIOMA; HáBITOS: DIETA BALANCEADA; ALERGIAS: NO REFIERE; AGO: G:2 P:1 C:0 A:1; FUM: 14/12/24. ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENTAR EDEMA PERIPALPEBRAL PERSISTENTE TODO EL DÍA CON SENSACIÓN DE INCADAS QUE EMPIEZA DESDE LA CICATRIS DE LA OPERACIÓN Y SE IRRADIA HACIA LOS PÁRPADOS. ADEMÁS REFIERE PRURITO GENERALIZADO Y LA SENSACIÓN DE QUE TIENE LA CABEZA "DORMIDA". AL EXAMEN FÍSICO. CABEZA: NORMOCEFALO- SE OBSERVA CICRATIZ BIPARIETAL SIGUIENDO EL TRAYECTO DE LA SUTURA CORONAL PRODUCTO DE CRANEOCTOMÍA. MEDIANTE EXPLORCIÓN FÍSICA SE EVIDENCIÓ AUSENCIA DE TEJIDO OSEO EN REGIÓN HEMIFRONTAL DERECHA Y ZONAS HIPOESTÉSICAS Y ANESTÉSICAS EN ZONA ALREDEDOR DE LA CICATRIZ DE OPERACIÓN.PUPILAS ISOCORICAS- REACTIVAS A LA LUZ. MUSCOSAS HUMEDAS. EXAMEN NEUROLÓGICO: GLASGOW15/15- EXPLORACIÓN DELÓBULOS CEREBRALES SIN NINGUNA NOVEDAD. ESPLORACIÓN CEREBLOSA: SIN NINGUNA NOVEDAD. EXPLORACIÓN DE PARESCRANEALES: SIN NINGUNA NOVEDAD; EXPORACIÓN DE DERMATOMAS: SIN NINGUNA NOVEDAD. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL-ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
PATOLOGIA: LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS ENCONTRADOS SON CONSISTENTES CON MENINGIOMA MENINGOTELIAL (GRADO IDE LA OMS); EN CONTACTO FOCAL CON MARGENES	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Tumor Benigno De Las Meninges Parte No Especificada		D329		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-14	12:02	David	Cedeño	Quijije
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313435933				

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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		