



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	1304905787							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Meza	Lopez	Santo	Tomas	H	07-03-1951	74	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0969804009			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130356									
			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive	X					
			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 MASCULINO DE 74 AÑOS ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SUS HIJAS QUIENES MANIFIESTAN QUE EN SEPTIEMBRE DEL MES PASADO TUVO SU SEGUNDO EVENTO DE ACV Y HACE DOS AÑOS EL PRIMERO (NO RECUERDAN FECHA EXACTA) MANIFIESTAN QUE ESTUVO INTERNADO Y LE MANDARON TRATAMIENTO PERO QUE DEJO EL MEDICAMENTO PORQUE NO QUISO HACERSE ADICTO A EL-EL PACIENTE LLEGA PORQUE DESDE ENERO VE CON DIFULTAD Y TIENE MUCHOS DOLORS DE CABEZA- SE LE EXPLICA QUE LOS SITOMAS PUEDEN SER SECUELA DEL ACV O ESTAR RELACIONADOS A QUE A PESAR DE HABER SIDO DIAGNOSTICADO CON HTA (DICHOPOR LAS HIJAS NO HAY ANTECEDENTES EN SISTEMA) SE LE INDICA SI PUEDEN VENIR A HACERSE UN CONTROL DIARIO PARA VERIFICAR PRESIONES A LO QUE MANIFIESTAN QUE NO LES ES POSIBLE- SE LE INDICA COMPLICACIONES RELACIONADAS. SE LE ENVIA EXAMENES DE LABORATORIO PARA VER COMO ESTA LA FUNCION RENAL SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGIA Y SE INTERCONSULTA CON LA MEDICO FAMILIAR- SE ENVIA TRATAMIENTO EMPIRICO QUE HAY EN LA UNIDAD PARA PRESION ARTERIAL- AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS- AFEBRIL TLF: 0969804009/0939194151

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE MASCULINO DE 74 AÑOS ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SUS HIJAS QUIENES MANIFIESTAN QUE EN SEPTIEMBRE DEL MES PASADO TUVO SU SEGUNDO EVENTO DE ACV Y HACE DOS AÑOS EL PRIMERO (NO RECUERDAN FECHA EXACTA) MANIFIESTAN QUE ESTUVO INTERNADO Y LE MANDARON TRATAMIENTO PERO QUE DEJO EL MEDICAMENTO PORQUE NO QUISO HACERSE ADICTO A EL-EL PACIENTE LLEGA PORQUE DESDE ENERO VE CON DIFULTAD Y TIENE MUCHOS DOLORS DE CABEZA- SE LE EXPLICA QUE LOS SITOMAS PUEDEN SER SECUELA DEL ACV O ESTAR RELACIONADOS A QUE A PESAR DE HABER SIDO DIAGNOSTICADO CON HTA (DICHOPOR LAS HIJAS NO HAY ANTECEDENTES EN SISTEMA) SE LE INDICA SI PUEDEN VENIR A HACERSE UN CONTROL DIARIO PARA VERIFICAR PRESIONES A LO QUE MANIFIESTAN QUE NO LES ES POSIBLE- SE LE INDICA COMPLICACIONES RELACIONADAS. SE LE ENVIA EXAMENES DE LABORATORIO PARA VER COMO ESTA LA FUNCION RENAL SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGIA Y SE INTERCONSULTA CON LA MEDICO FAMILIAR- SE ENVIA TRATAMIENTO EMPIRICO QUE HAY EN LA UNIDAD PARA PRESION ARTERIAL- AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS- AFEBRIL TLF: 0969804009/0939194151

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipertension Esencial (Primaria)	I10X	X		4.			
2.	Accidente Vascular Encefalico Agudo No Especificado Como Hemorrágico O Isquemico	I64X	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-01	12:56	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	