



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua		CS-C	1306391846																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Andrade		Zambrano		Jacinto		Antonio		H	19-10-1972	53	<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																	
0983347136				☒		<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				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA <td colspan="2">2. Falta de espacio físico.</td> <td colspan="6"></td>		2. Falta de espacio físico.																		
13		1315	131550		3. Falta de equipamiento.																		
					4. Equipos en mal estado.																		
					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 DE 53 AÑOS MASCULINO- PRESENTA UN HISTORIAL MÉDICO RELEVANTE QUE INCLUYE DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ESQUIZOFRENIA- SIENDO TRATADO CON LOS SIGUIENTES FÁRMACOS: BIPERIDENO 1 MG QD- RISPERIDONA 1 MG- CARBAMAZEPINA 200 MG QD- Y LEVOMEPROMAZINA 50 MG QD.EL PACIENTE ES ACOMPAÑADO POR SU HERMANA- QUIEN REFIERE UN CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL Y DESORIENTACIÓN- LO QUE LLEVÓ AL TRASLADO AL ÁREA DE EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL DE CHONE. ALLÍ- EL PACIENTE FUE EVALUADO POR NEUROLOGÍA- QUIEN DIAGNOSTICÓ EL CUADRO COMO UN POSIBLE EVENTO VASCULAR CEREBRAL (EVC)- RECOMENDANDO EL INICIO DE TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL 75 MG DIARIOS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN EN ESTE CENTRO DESALUD- EL PACIENTE NO CONTINÚA PRESENTANDO DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL- PERO CONSERVA SUS FUNCIONES FISIOLÓGICAS NORMALES- INCLUYENDO MARCHA Y COORDINACIÓN ADECUADAS. NO SE REPORTAN ALTERACIONES EN EL ESTADO DE CONCIENCIA NI EN OTRAS FUNCIONES NEUROLÓGICAS BÁSICAS- LO QUE SUGIERE UNA POSIBLE MEJORA EN EL CONTEXTO CLÍNICO ACTUAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Isquemia Cerebral Transitoria Sin Otra Especificación		G459	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-09	02:41	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310671951				

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	