



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.																			
				2. Falta de espacio físico.																			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.																			
13	1315	131550		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 Especificacion		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	