



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	Chone	CS-C	1306722032						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Navarrete	Rivas	Ana	Maria	M	11-11-1972	53	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
096-267-5813			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
			3. Falta de equipamiento.							
			4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130350								

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 DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CEFALEA DE MODERADA INTENSIDADACOMPAÑADO DE MAREOS- AL MOMENTO REFIERE QUE HA PRESENTADO DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS- Y QUE CUANDO TIENEESTE SINTOMA TIENE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES- PACIENTE QUE REFIERE QUE TOMA MEDICINA PARA HIEPERTENSIONARTERIAL MAS PARA INSOMNIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otros Síndromes De Cefalea Especificados	G448		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-21	01:50	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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
MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1304148396	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Centro De Salud Tipo C Tosagua	13D12	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Sin App De Relevancia- No Alergia A Medicamentos- 1 Cesarea- Histerectomia Hace 10 Años- Rinoplastia- Consulta Por Dolor Osteoarticular De Manos Y Pies Con Inflamacion De Falanges- Dolor Lumbosacro- Cervicodorsalgia De Larga Data. Trae Examenes Del 13 De Agosto 2025: Vsg 12- Asto 160- Pcr 4- Fr Altex 6.0- Glcuosa 70- Colt 176- Tg 176- Ac Urico 2.35- Urea 24- Creat 0.7- Tgo 19- Tgp 18. Dmo Del 27 De Agosto 2022: T-Score Col Lumbar -2.2. Al Ex Fisico: Completa Rangos- Discretos Creptiops De Rodillas- Dolor A La Rotacion De Caderas- Se Solicita Rx - Se Indica Sysadoas Iniciales. Vo. Se Solicita Dmo.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada		M150		X	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	
1308809787				