



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	Mata Palo	CS-A	1314769074								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Solorzano	Cusme	Manuel	Jacinto	H	09-07-1993	32	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0978670101		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1302	130250	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	Otorrinolaringologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE CON APP DE TRAUMA INTRACRANEAL Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA- LESION CEREBRAL TRAUMATICA- DEBIDO A ACCIDENTE DE TRANSITO SUSCITADO EL 04/01/2025- DEBIDO A GRAVEDAD DE LESIONES ES DERIVADO AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN ANTONIO DE PADUA PORTOVIEJO DONDE PERMANECIO HOSPITALIZADO 82 DIAS EN AREA DE CUIDADOS CRITICOS- DURANTE SU HOSPITALIZACION PRESENTO CHOQUE SEPTICO Y NEUMONIA- AL MOMENTO- PRESENTA SECUELAS NEUROLOGICAS MARCADAS CON LIMITADA MOVILIDAD- DIFICULTAD PARA BIPEDESTACION- IMPOSIBILIDAD PARA LA MARCHA- PRESENTA HEMIPLEJIA UNILATERAL DERECHA CON DIFICULTAD DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE- DEPENDENCIA SEVERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA- PRESENTA ADEMAS HIPOACUSIA MARADA DE OIDO DERECHO- ADEMAS DE TINITTUS CONSTANTE EN OIDO DERECHO- NIEGA MAREO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON APP DE TRAUMA INTRACRANEAL Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA- LESION CEREBRAL TRAUMATICA- DEBIDO A ACCIDENTE DE TRANSITO SUSCITADO EL 04/01/2025- DEBIDO A GRAVEDAD DE LESIONES ES DERIVADO AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN ANTONIO DE PADUA PORTOVIEJO DONDE PERMANECIO HOSPITALIZADO 82 DIAS EN AREA DE CUIDADOS CRITICOS- DURANTE SU HOSPITALIZACION PRESENTO CHOQUE SEPTICO Y NEUMONIA- AL MOMENTO- PRESENTA SECUELAS NEUROLOGICAS MARCADAS CON LIMITADA MOVILIDAD- DIFICULTAD PARA BIPEDESTACION- IMPOSIBILIDAD PARA LA MARCHA- PRESENTA HEMIPLEJIA UNILATERAL DERECHA CON DIFICULTAD DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE- DEPENDENCIA SEVERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA- PRESENTA ADEMAS HIPOACUSIA MARADA DE OIDO DERECHO- ADEMAS DE TINITTUS CONSTANTE EN OIDO DERECHO- NIEGA MAREO.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipoacusia Neurosensorial Unilateral Con Audicion Irrestrictra Contralateral	H904		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-12	09:46	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312068727				

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	