

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
KSS		1421	HOSPITAL BASCO CHONE			800044992		285576	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO		ESPINOZA		JORGE		M	1944/06/15	81	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico		6. Problemas de abastecimiento			
MANABI		CHONE	CHONE	3. Falta de equipamiento		7. Insuficiencia de profesionales			
				4. Equipos en mal estado		8. Inadecuada capacidad resolutoria			
				5. Problemas de infraestructura		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MPS		NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			PSIQUIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 81 AÑOS SE REALIZA CITA POR CUADRO DE CIRROSIS EN TTO AMDEAS CON D AÑO RENAL DE VARIOS MESES AUN NO PACIENTE CON DIALISIS CON EXAMENS DE AMONIO B IEN REIFERE CAIDA DE SUS PIES HACE 20 DIAS HOY CON PERDIDA DE MEMORIA A CORTO P LAZO CON TRANSOTO DEL HABLA REIFERE QUE EN LAS PRIMERAS 24 HORAS SE INDICO TAC CON PARAMETROS NORMALES AHORA INDICO RM CEREBRO EVOLUTIVO PARA DESCATAR ACV HERRAGICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TAC CEREBRO	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-EXISTENTE	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.	1694 SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR			1694	X	
2.	L309 OTRAS DERMATITIS			L309	X	
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
17/09/2025	11:00	ROSSY	PARRALES		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1311879322					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TPOLOGIA
					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	FECHA (aaaa-mm-dd)
		DISTRITO	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE-EXISTENTE	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.						
2.						
3.						

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	