

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	0801340365						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
							H	D	M	A		
MOREIRA	BARRE	LEYDA	MARIA	F	21/11/1953	71					X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO				
0968659054-0979733228		NO						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.								
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA		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 DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD CON APP HTA EN TRATAMIENTO CON EXFORGE (AMLODIPINO/VALSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA), APIXABAN 2,5 MG (ANTICOAGULANTE) CADA 12 HORAS, CLOPIDOGREL 75 MG CADA DIA DESPUES DE ALMUERZO. DM TIPI II EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 500 MG CADA DIA MAS EMPAGLIFLOZINA. PACIENTE ACUDE CON FAMILIAR PARA EMPEZAR CONTROLES MENSUALES POR PARTE DE ESTA CASA DE SALUD, FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE TIENE EL APP DE DOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES, y UN PRIMER EPISODIO DE RUPTURA DE ANEURISMA HACE APROXIMADAMENTE 11 AÑOS, SIENDO EL ULTIMO ECV HACE DOS AÑOS, POR LO QUE ACUDE A MEDICO PARTICULAR EL CUAL LE ENVIA TRATAMIENTO YA MENCIONADO. REFIERE QUE RECIENTEMENTE RECIBE TRATAMIENTO REHABILITADOR. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO			I694		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/12/12	11: 00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO			
CONTRA REFERENCIA						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