

| 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                                                         |        | 1281             | CS RICAURTE              |               | CS A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0900202979                          |            | 0900202979        |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |        | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SEGUNDO NOMBRE                      |            | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICION EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                                                    |        | ZAMBRANO         |                          | JOSE          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ORLEY                               |            | H                 | 1/9/1944         | 81   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |        |                  |                          |               | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 0983451289                                                  |        |                  |                          |               | <div> <div> MOTIVO </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> 1. Accesibilidad geográfica.<br/> 2. Falta de espacio físico.<br/> 3. Falta de equipamiento.<br/> 4. Equipos en mal estado.<br/> 5. Problemas de infraestructura. </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> 6. Problemas de abastecimiento.<br/> 7. Insuficiencia de profesionales.<br/> 8. Inadecuada capacidad resolutiva<br/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> </div> </div> |                                     |            |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |        |                  |                          |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |            |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN |                  | PARROQUIA                |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |            |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                                      | CHONE  |                  | RICAURTE                 |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |            |                   |                  |      |                         |   |   |   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD        | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|---------------------------------|------------------|--------------|
| MSP                     | CENTRO DE SALUD TIPO A RICAURTE | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGÍA   |

PACIENTE MASCULINO DE 81 AÑOS CON DIABETES MELLITUS, ANTECEDENTE DE EVENTO CEREBROVASCULAR HACE 3 AÑOS Y EPISODIOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. REFIERE DISMINUCIÓN DE FUERZA EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA. AL EXAMEN FÍSICO NO SE EVIDENCIA DÉFICIT NEUROLÓGICO ACTIVO, PERO PERSISTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE NUEVO EVENTO VASCULAR O COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA. DADO SU ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, SE SOLICITA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL.

|    |                                                        |      |   |    |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------|------|---|----|--|--|--|
| 1. | ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA ESPECIFICACION | G459 | X | 4. |  |  |  |
| 2. |                                                        |      |   | 5. |  |  |  |
| 3. |                                                        |      |   | 6. |  |  |  |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 11/2/2026                             | 12:50           | KIMBERLY      | GUERRERO        | SALTOS           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1313050203                            |                 |               |                 |                  |

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |
|------------------------|----|--|----|--|------------------------|----|--|----|--|
|------------------------|----|--|----|--|------------------------|----|--|----|--|

11/11/2019

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

[illegible]

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

[illegible]

|    |  |  |  |    |  |  |  |
|----|--|--|--|----|--|--|--|
| 1. |  |  |  | 4. |  |  |  |
| 2. |  |  |  | 5. |  |  |  |
| 3. |  |  |  | 6. |  |  |  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |                 |               |                 |                  |