

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA  
HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS  
NÚMERO DE ARCHIVO: 0108124031  
PRIMER APELLIDO: Garces, PRIMER NOMBRE: Cándida  
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 097955264  
PROVINCIA: Manabí, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: Flavio Alfaro, CANTÓN: Flavio Alfaro, PARROQUIA: Flavio Alfaro  
REFERENCIA: [X] DERIVACIÓN: [ ]  
MOTIVO:  
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 resolutoria  
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA  
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: HSP, ESTABLECIMIENTO DE SALUD: [ ]  
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO  
Paciente femenina de 65 años de edad que refiere mareos, pérdida de equilibrio más  
perdida de fuerza muscular de lado izquierdo del cuerpo, signo Babinski negativo, confere-  
tiro de ACV no especificado  
Especialidad: Neurología

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS  
Exámenes de Laboratorio: TAC

E. DIAGNÓSTICO  
1. Señales en otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas  
CIE: 1698, PRE: [ ], DEF: [ ]

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  
FECHA: 04/05/2018, HORA: 15h20pm  
PRIMER NOMBRE: Juan, PRIMER APELLIDO: Cedeño, SEGUNDO APELLIDO: Flores  
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 0412634516  
Firma: [Firma], Sello: Dr. Juan Cedeño Flores, CLÍNICO EMERGENCIOLOGO, FOLIO 2, RCP 524 R 524 R

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN  
REFERENCIA JUSTIFICADA: [ ] SI [ ] NO [ ]  
DERIVACIÓN JUSTIFICADA: [ ] SI [ ] NO [ ]

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA  
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: [ ], UNICÓDIGO: [ ], ESTABLECIMIENTO DE SALUD: [ ], TIPOLOGÍA: [ ], 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 TERAPEÚTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO  
1. [ ], 2. [ ], 3. [ ]  
CIE: [ ], PRE: [ ], DEF: [ ]

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  
FECHA: [ ], HORA: [ ], PRIMER NOMBRE: [ ], PRIMER APELLIDO: [ ], SEGUNDO APELLIDO: [ ]  
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: [ ], FIRMA: [ ], SELLO: [ ]