

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |               |                  |                            |                                 |                             |                                                        |                  |                   |                       |   |
|---------------------------------------|---------------|------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------|---|
| INSTITUCION DEL SISTEMA               |               | UNICODIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |                                 | TIPOLOGIA                   | NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA                       |                  | NUMERO DE ARCHIVO |                       |   |
| MSP                                   |               | 1314             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |                                 | II                          | 1101362067                                             |                  |                   |                       |   |
| PRIMER APELLIDO                       |               | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE                   | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                                                   | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICION EDAD MARCAR |   |
| Calva                                 |               | Romero           |                            | Miguel                          | Angel                       | H                                                      | 25/03/1954       | 71                | H                     | D |
| No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |               |                  |                            |                                 | REFERENCIA                  | DERIVACION                                             |                  |                   |                       |   |
| 0988860071                            |               |                  |                            |                                 |                             |                                                        |                  |                   |                       |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |               |                  |                            |                                 | 1. Accesibilidad geografica |                                                        | MOTIVO           |                   |                       |   |
| PROVINCIA                             | CANTON        | PARROQUIA        |                            | 2. Falta de espacio fisico      |                             | 6 Problemas de abastecimiento                          |                  |                   |                       |   |
| Manabí                                | Flavio Alfaro | Flavio Alfaro    |                            | 3. Falta de equipamiento        |                             | 7 Insuficiencia de profesionales                       |                  |                   |                       |   |
|                                       |               |                  |                            | 4. Equipos en mal estado        |                             | 6 Inadecuada capacidad resolutiva                      |                  |                   |                       |   |
|                                       |               |                  |                            | 5. Problemas de infraestructura |                             | 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |                   |                       |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCION DEL SISTEMA: HSP ESTABLECIMIENTO DE SALUD: H. Napoleon Berta Cardona C. Externa SERVICIO: Psiquiatria ESPECIALIDAD:

### C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente Masculino, de 71 años de edad, al cual sintiéndose  
afuero, refiere Exento Cerebral Hemorroides, con signos de, Hemiparesia  
severa derecha + distrofia, distal del miembro motor, derecho  
Estable Hemodinámico.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

No se dispone de datos de laboratorio al momento

## E. DIAGNOSTICO

| E. DIAGNOSTICO                            | PRE-PRESENTAÇÃO: | CIE   | PRI | DEF |  | CIE | PRI | DEF |
|-------------------------------------------|------------------|-------|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| Hemorragia intracerebral<br>no especifica | CCD - DEFINIÇÃO: | I61.9 | X   | 4.  |  |     |     |     |
|                                           |                  |       |     | 5.  |  |     |     |     |
|                                           |                  |       |     | 6.  |  |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(dd/mm/aa)                   | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                       | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| 28/12/2015                            | 15:00           | Dr. Melciades                                                                       | Briones         | Castro           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                                                                               |                 |                  |
| 1308265592                            |                 |    |                 |                  |
|                                       |                 | SELLO                                                                               |                 |                  |
|                                       |                 |  |                 |                  |

## G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA ☐ SI ☒ NO ☐ DERIVACION JUSTIFICADA ☐ SI ☒ NO ☐  
 CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCION DEL SISTEMA | UNICODIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA | NUMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCION DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-jj) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|

### C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

## F. DIAGNOSTICO

| DIAGNOSTICO |  |  | PRE PRESTIVO |  |  | DEF DEFESTIVO |  |  | CHE PRE DEF |  |  |
|-------------|--|--|--------------|--|--|---------------|--|--|-------------|--|--|
|             |  |  | 4.           |  |  |               |  |  | CHE PRE DEF |  |  |
|             |  |  | 5.           |  |  |               |  |  |             |  |  |
|             |  |  | 6.           |  |  |               |  |  |             |  |  |

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

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                |               |                 |                  |
|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(DATE MONTH)                 | HORA<br>(TIME) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |                | FIRMA         | SELLO           |                  |