

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1411	H. NATHALIA HUERTA DE NEMES	B	1204526949						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MORALES	BARREIRO	DIEGO	ALBERTO	M	15/06/1981	41.	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
988732431						MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.			☐	6. Problemas de abastecimiento.			☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.			☐	7. Insuficiencia de profesionales.			☐
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.			☐	8. Inadecuada capacidad resolutive			☐
			4. Equipos en mal estado.			☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			☐
			5. Problemas de infraestructura.			☐				☐

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES, NO REFIERE ALERGIAS. ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEAS DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD, EN OCASIONES CON EVA 10/10. ACOMPAÑADO POR MAREOS Y RIGIDEZ DE CUELLO. PACIENTE REFIERE QUE EN MULTIPLES OCASIONES AH VISITADO LAS EMERGENCIAS DE VARIAS CASAS DE SALUD EN DONDE SE LE APLICA MEDICACION COMO KETOROLACO, TRAMAL, DICLOFENACO, MISMO QUE SOLO CEDE EN EL MOMENTO Y POSTERIOR APARECE NUEVAMENTE EL CUADRO CLINICO ANTES MENCIONADO. FAMILIAR REFIERE QUE HACE UNOS MESES SUFRIO UN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA Y TUVO UN GOLPE EN LA CABEZA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TAC EN SISTEMA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/07/2025	12:00	FANNY	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310630817				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		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		

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA