

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1300532114		1300532114			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MONTESDEOCA		SALTOS		ELBA		COLOMBIA		F	18/02/1942	82	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
991378460				X				1. Accesibilidad geográfica			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento			
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA						7. Insuficiencia de profesionales	
MANABI		CHONE		CHONE						8. Inadecuada capacidad resolutoria	
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
										X	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
ACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD CON APP HTA Y DIABETES	
ACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, FOTOFOBIA, NAUSEAS QUE LLEVAN OMITO, MAS DIFULTAD PARA LA CONCENTRACION, ADEMAS REFIERE MAREAO, SENSACION DE HORMIGUEO EN HEMICARA IZQUIERDA, DEMAS REFIERE ESPORADICAMENTE DOLOR INTENSO TIPO PULSATIL EN REGION TEMPORO OXIPITAL QUE EN UNOS MINUTOS DESAPARECE UE NO SEDE A MEDICACION CONVENCIONAL LA CUAL SE HA VENIDO AGUDISANDO.	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
CEFALEA EN RACIMOS				G440	X				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/01/2025	11:00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312195694				

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

I. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO

CELIA ZAMBRANO SORANOSA # 0989181752
ESPERANZA PARRALES MONTESPEDECA # 0969738990
DIANA CAICEDO MONTESPEDECA # 0987128037