

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	
IES		1421	HOSPITAL BÁSICO CHONE		B	1301342059		537481	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
RODRIGUEZ		BORRERO		MARTHA		F	24/11/1945	80	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
						X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA CANTON PARROQUIA					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.				
MOJABI CHONE CHONE					☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CE
			ESPECIALIDAD
			NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
SE TRATA DE PACIENTE 80 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR DOLOR DE CABEZA PULSATIL DE PREDOMINIO OCCIPITAL DE UNA SEMANA DE EVOLUCION YA TRATADA POR MEDICINA GENERAL SIN RESPUESTA FAVORABLE A LOS TRATAMIENTOS INSTAURADOS POR LO QUE CONSULTA REFIERE QUE EL DOLOR ES ACOMPAÑADO DE MAREOS ADEMAS REFIERE EPISODIOS DE PERDIDA DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO MUY REPETITIVOS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
SOLICITADOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	CEFALEA VASCULAR, NCOP			G441	X				
2									
3									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/06/2026	13H50	FABRICO	PALMA	COBENA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1310741671				

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									
2									
3									

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

