

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1301390777	1301390777					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CHAVEZ	ALMEIDA	VICENTE	MARIANO	H	16/12/1949	76	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO					
0988886427 / 0984372106	/	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 resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. FALTA DE MEDICAMENTOS						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GERIATRÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR DE 73 AÑOS CON APP: HTA, HIPOACUSIA, ESTUVO HOSPITALIZADO EL MES ANTERIOR POR INFARTO CEREBRAL EN EL HOSPITAL DE CHONE.
DONDE TAMBIEN LE DIAGNOSTICARON UNA BRONCONEUMONIAFUE DADO DE ALTA EL 10/12/ 2025. CON LOSARTAN 50MG BID, PAROXETINA 20MG QD, ATORVASTATINA 20 QD, QUETIAPINA 50MG. 50.QD.- BROMURO DE IPRATROPIO Y FLUTICASONA EN PUFF BID...AHORA ES TRAIIDO POR SUS FAMILIARES SOLICITANDO REFERENCIA A GERIATRIA. AL MOMENTO EN RsCsGs.
AL EX. FISICO: EN SILLA DE RUEDAS POR DIFICULTAD PARA LA MARCHA, CONCIENTE Y ORIENTADO EN T.E.P. RESPONDE AL INTERROGATORIO CON LENGUAJE UN POCO DIFICULTOSO...
MUCOSAS HIPOCROMICAS, AR: MV RUDO CON SUBCREPITANTES DIFUSOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. POR ELLO SE I/C.- CON NEUMOLOGIA, GERIATRIA Y FISIOTERAPIA.
TAMBIEN SE CONSTATA DEPENDENCIA SEVERA POR INDICE DE BARTHEL Y REQUIERE ASISTENCIA DE OTRA PERSONA PARA ASISTIRLE EN LAS NECESIDADES DE LA VIDA DIARIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DEPENDENCIA SEVERA, MUCOSAS HIPOCROMICAS Y MOVILIDAD REDUCIDA.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	I693		X	4 INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	R32X		X
2 ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO E	R268		X	5HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903		X
3 NECESIDAD DE ASISTENCIA DEBIDA A MOVILIDAD REDUCIDA	Z740		X	6 BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J180	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
22/12/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		