

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		1408	CS. BACHILLERO		A	1301391064		1301391064							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO		SALVATIERRA		LIZARDO		APOLINAR		M			96	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)															X
0962862930 0967299111		CAMPESINO													
PROVINCIA		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA											
MANABI		TOSAGUA		BACHILLERO										X	

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacios físicos.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia profesional.

8. Inadecuada capacidad resolutive.

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA - CHONE	CONSULTA EXTERNA	GERIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR MASCULINO APP HTA 96 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU NIETA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE +- 2 MESES DE EVOLUCIÓN POR PERDIDA DE MEMORIA DE CARACTER INTERMITENTE QUE SE HA EXACERBADO PAULATINAMENTE. MENCIONA NIETA QUE EL PACIENTE TUVO UNA CAÍDA ANTERIORMENTE Y DESDE ESE MOMENTO HA INCREMENTADO LA SINTOMATOLOGÍA.

AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. NO AFASIA, NO APRAXIA.

EXAMEN FÍSICO, CABEZA, CUELLO , TORAX , ABDOMEN, EXTREMIDADES. SIN PATOLOGÍA APARENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMENES RELEVANTES DE EXAMINADOS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS					

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		DEFINITIVO					
1.	SENILIDAD	R54		X	4.		
2.	DEGENERACIÓN CEREBRAL SENIL NO CLASIFICADA EN OTRA	G311	X		5.		
3.	PARTE				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/03/2025		08:00:00	MADELYNE	CHILA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	SELLO	
1312953761					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓ

REFERENCIA JUSTIFICADA				DERIVACIÓN JUSTIFICADA			
SI	NO			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

DETALLE DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE SE CONTRIBUYERE O SE REALIZARE ENFERMIA INTERNA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

STASSOMANSEE GEMEINSCHAFT

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

QUESTION		DEFINITION						
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	