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	1344	CS PUEBLITO	A	1301738983	1301738983

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
FIGUEROA	ZAMBRANO	FRANCISCO	ANTONIO	M	15/08/48	77				x

No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0982696192 / 0960743510	NO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
manabi	rocafuerte	rocafuerte

REFERENCIA x N

MOTIVO

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 resolutiva x
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 NAPOLEON DAVILA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 77 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ACUDE ACOMPAÑADO DE SU ESPOSA Y SU NUERA. DURANTE LA ANAMNESIS, LA NUERA REFIERE QUE DESDE HACE POCOS DÍAS EL PACIENTE HA PRESENTADO CAMBIOS SÚBITOS EN SU COMPORTAMIENTO, CARACTERIZADOS POR DISMINUCIÓN IMPORTANTE DEL APETITO, CONDUCTAS DESINHIBIDAS COMO DEAMBULAR DESNUDO POR EL DOMICILIO Y REALIZAR SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS FRENTE A SU ESPOSA, CON MARCADO DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO HABITUAL. AL EXAMEN FÍSICO EL PACIENTE SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS ACEPTABLES PARA SU EDAD, SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES EN EL EXAMEN CARDIOPULMONAR, ABDOMINAL NI OSTEOMUSCULAR. DURANTE LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA SE EVIDENCIA ALTERACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO, ENCONTRÁNDOSE ORIENTADO EN ESPACIO, PERO DESORIENTADO EN TIEMPO Y PERSONA; EL PACIENTE MANIFIESTA ENCONTRARSE EN EL AÑO 2020 Y ES INCAPAZ DE IDENTIFICAR SU PROPIO NOMBRE, EL DE SU ESPOSA O EL DE SU PADRE FALLECIDO. POR EL INICIO SÚBITO DEL DETERIORO COGNITIVO Y CONDUCTUAL, QUE REQUIERE ESTUDIO ETIOLÓGICO ESPECIALIZADO PARA DESCARTAR PATOLOGÍA NEUROLÓGICA AGUDA O ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA, SE CONSIDERA PERTINENTE SOLICITAR VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	F03X	X		4.				
2.	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CON	R428	X		5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/07/26	14:00 PM	SEBA	COBEÑA	GUERRERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO
1313121384	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: SEBASTIAN ELIAS COBEÑA GUERRERO	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA				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