

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1302190127			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
MENDOZA		VERA		RONNEY		PERPETUO	M	12/01/1957	69
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
979691986					X			H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
MANABI FLAVIO ALFARO FLAVIO ALFARO					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 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
MSP			CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			NEUROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE SEXO DE MASCULINO APP HTA NO CONTROLADA MAL TRATADA Y DM2 . ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA ,TICNITUS Y MAREOS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN SIN CAUSA APARENTE , LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 150/80 MMHG T°36 SAT95% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	VERTIGO TIPO NO ESPECIFICADO Y MAREO			R42		X			
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
27/1/2026	8am	RÓMULO	MUÑOZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1312022369		Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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	
0969628454 espeso cecilio	

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	