

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE**

|                                       |         |                  |                          |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |      |                         |      |
|---------------------------------------|---------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|-------------------------|------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |         | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |               | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |      | NÚMERO DE ARCHIVO       |      |
| MSP                                   |         | 1410             | HBAGA                    |               | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1302548472                       |      | 1302548472              |      |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO | FECHA NACIMIENTO        | EDAD |
| MENDOZA                               |         | TOLEDO           |                          | FELIPE FLAVIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ELOY                             | F    | 23/6/1955               | 70   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         |                  |                          |               | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DERIVACIÓN                       |      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |      |
| 0995282542 / 0998171218               |         |                  |                          |               | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |      | H D M A                 |      |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                  |                          |               | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |      |                         |      |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA        |                          |               | 1. Accesibilidad geográfica:<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura:<br>6. Problemas de abastecimiento:<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |      |                         |      |
| MANABI                                | BOLIVAR | CALCETA          |                          |               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                  |      |                         |      |

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA**

|                         |                                  |                  |              |
|-------------------------|----------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

**RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HERPES ZOSTER ACUDE A CENTRO DE SALUD POR REFERIR DOLOR EN EL OJO Y CAIDA DEL PÁRPADO SUPERIOR IZQUIERDA, PRESENTA DOLOR TIPO JRENTE EN HEMICARA IZQUIERDA, PARESTESIAS, EXAMEN FÍSICO: SENSIBILIDAD A LA PALPACION SUPERFICIAL DE REGION FRONTAL Y PARIETAL, PARACIENTE REFIERE VALORACION CON ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA DE MANERA PARTICULAR HACE 1 MES EN DONDE LE DIAGNOSTICA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN TRATAMIENTO CON PARKEN 25/250 MG 1/4 CADA 8 HORAS, DULOXETINA 30 MG QD-10 AM, QUETIAPINA 25 MG QD 8 PM., SIN EMBARGO PACIENTE NO CUENTA CON RECURSOS NECESARIOS PARA SIGUIENTE CONTROL.

**HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**
**DIAGNOSTICO**

| PRE-EXISTENTE | DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |
|---------------|------------|------|-----|-----|
|               |            | G20X | X   | 4.  |
|               |            |      |     | 5.  |
|               |            |      |     | 6.  |

**DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-26                            | 9H00         | MARCO         | CEDEÑO          | CEDEÑO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | SELLO         |                 |                  |
| 1311550667                            |              |               |                 |                  |

**EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN**

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA**

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA**

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|

**RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**
**HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**
**TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**
**DIAGNOSTICO**

| PRE-EXISTENTE | DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |
|---------------|------------|-----|-----|-----|
|               |            |     |     | 4.  |
|               |            |     |     | 5.  |
|               |            |     |     | 6.  |

**TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE**
**DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |              |               |                 |                  |