

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS			HOSPITAL BASICO CHONE				1302796881 631107		763599			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
VELASQUEZ		FRANCISCO		ANTONIO				M	10-10-1951	73	H D M A	
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		x				
990171414												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		x				
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
CHONE				5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad	
				Consulta Externa		NEUROLOGIA (CE)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
MASCULINO DE 73 AÑOS QUE INGRESAN A TRAVES DE EMERGENCIA POR DESORIENTACION, SO NMOLENCIA. REFIERE FAMILIAR Y EL PACIENTE CONFIRMA QUE SUFRE CAIDA DE SU ALTURA HACE MAS MENOS 8 DIAS. TRAUMA DE CRANEEO CON PERDIDA DE CONCIENCIA. FUE ASISTIDO EN HOSPITAL DE MSP. REFERIDO AL DOMICILIO. REFIERE SE ACENTUA SINTOMAS CON C EFALEA, SOMNOLENCIA.	
EL PACIENTE HOY ESTA DESPIERTO, RESPONDE INTERROGATORIO, MUEVE SUS CUATRO MIEMBROS CON FUERZA CONSERVADA.	
PUPILAS ISOREACTIVAS, CARA SIMETRICA	
TORAX ESTABLE, BUEN PATRON DE RESPIRACION	
RSCS: RITMICOS Y SIN SOPLOS	
ABDOMEN SIN DOLOR	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
LEUCOCITOS.....: 4.09 HEMOGLOBINA.....: 10.9 HEMATOCRITO.....: 31.9 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.....: 97.9 CONCEN MEDIA HEMOGLOBINA (MCH):..: 33.4 CONC. CORP. MEDIA HEMOG.(MCHC):..: 34.2 VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO.....: 8.3 PLAQUETAS.....: 93	
RECuento de GLOBULOS ROJOS.....: 3.26 MONOCITOS %.....: 7.8 EOSINOFILOS %.....: 9.8 LINFOCITOS %.....: 23.7 NEUTROFILOS %.....: 56.5 BASOFILOS %.....: 0.5 MONOCITOS.....: 0.32 EOSINOFILOS.....: 0.40 NEUTROFILOS.....: 2.31 BASOFILOS.....: 0.02 LINFOCITOS.....: 0.97 ANCHO DISTRIBUCION G.R.C.V.%.....: 14.1 ANCHO DE DISTRIBUCION G.R.S.D.....: 50.2 CLORO - CL.....: 107.2 SODIO - NA.....: 135.0	
POTASIO - K.....: 4.25	

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF	
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, NO ESPECIFICADA						I612				X	
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
2025-09-18 13:09						MARTILLO SANTANDER DEMETRIO AMADOR					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO					
0909356750											
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 CLINICA UNICA		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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS									
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS									
F. DIAGNOSTICO									
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF									
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE									
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO			
Servicio		Sub-Servicio		Nivel		Código		Procedimiento	
Otros		Otros		Otros				VAL POR NEUROLOGIA	