

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		1411	H. NATHALIA HUERTA DE NEMES		B	1302868789												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)							
REYES		AGUILAR		MARGARITA				M	31/8/1956	8/3/1900	H	D	M	A				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN												
988732431				X														
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		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 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		H. NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD. CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINO DEPENDIENTE HACE 6 AÑOS TRATADA CON GLUCOSID 500MG E INSULINA NPH 25 UI AM Y 10 PM, ADEMAS DE PARALISIS FACIAL EN 2 OCASIONES ULTIMA AUN EN TRATAMIENTO CON NEUROBION, TRAMAL 50MG, ACICLOVIR. PREDNISONA. NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES, NO REFIERE ALERGIAS.

ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DEBILIDAD EN MUSCULOS DE LA CARA, DISARTRIA EN OCASIONES LAGRIMEO EN AMBOS OJOS, TOPSIS PARPEBRAL, Y EN OCASIONES DOLOR A NIVEL DE LA MANDIBULA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

1.	PARALISIS DE BELL (PARALISIS FACIAL)	CIE	PRE	DEF	4.		CIE	PRE	DEF
2.		G510		X	5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
14/7/2025	12:00	FANNY		VASQUEZ		SOLORZANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310630817							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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 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. DIAGNOSTICO

1.		CIE	PRE	DEF	4.		CIE	PRE	DEF
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	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA

