

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 AGNES		II	1303076886		1303076886				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
VELIZ		BERMÚDEZ		CRUZ		MARLENY		F	11/10/1960	64	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		993202199		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		
Manabí		Flavio Alfaro		Flavio Alfaro		Flavio Alfaro		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		
								3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		
								4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
								5. Problemas de infraestructura.				

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP.		Hospital Napoleón Dávila Cordova		Consulta externa		Neurología	

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años de edad. App: De Cefalea con Migraña y HTA. Acude por emergencia por presentar cuadro de cefalea holocraneana de tipo no especificada. Dolor que no ceden a medicación antiinflamatoria, y analgésica motivo por el cual consulta. Al examen Físico Afebril cuello SP no Adenopatías. Tórax Sp simétrico Cps Ventilados y Claros RsCs Rítmicos y normales Abdomen Blando y depresible no megalías o masas, no doloroso Ruidos Hidroareos Audibles . extremidades simétricas Sp sin deformidad o masas palpables. signos vitales Presión 134/80 pulso 85 T36.8° Sat97% resp 17x GLASGOW 15/15. Se requiere Valoración por Neurólogo.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Tac de cerebro
valoración por neurólogo
estudios complementarios adicionales

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
Cefalea de tipo no especificada	R51	X		4.	Cefalea de tipo no especificada	R51	X
				5.			
				6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
27/2/2025	19:00	Rómulo		Muñoz		Moreira	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1312022369		Dr Rómulo Muñoz Medicina General					

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

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

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

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	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			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÓDIGO	LOCALIZACIÓN			Nº HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
MSP	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	001413				1303076887

1. DATOS PERSONALES



Tipo de Identificación	Cédula de Identidad	Número de Identificación	1303076887
Primer Apellido	VELIZ	Segundo Apellido	BERMUDEZ
Primer Nombre	CRUZ	Segundo Nombre	MARLENY
Estado Civil	Soltero	Sexo	Mujer
Teléfono		Celular	099-457-5771
Correo Electrónico	klsv_1983@hotmail.com		

2. DATOS DE NACIMIENTO

Nacionalidad	ECUATORIANO/A	Lugar de Nacimiento	MANABI/CHONE/CHONE				
Provincia	MANABI	Cantón	CHONE	Parroquia	CHONE (RURAL)		
Fecha Nacimiento	10-11-1960	Años	64	Meses	3	Días	18

3. DATOS DE RESIDENCIA

Provincia	MANABI	Cantón	FLAVIO ALFARO	Parroquia	FLAVIO ALFARO
Calle Principal	CDLA CENTRAL	Número		Calle Secundaria	
Barrio	CDLA CENTRAL	Referencia de Residencia	CDLA CENTRAL		

4. DATOS ADICIONALES

Autoidentificación Étnica	Montubio/a	Nacionalidad Étnica		Pueblo	
Nivel de Educación	Edu. Básica (Elem. y media)	Estado de Nivel de Educación	Completa	Tipo de Empresa de Trabajo	Ninguna
Ocupación/Profesión Principal	Amas de Casa, Quehaceres domésticos	Seguro de Salud Principal	IESS, Afiliado seguro Campesino	Seguro de Salud Secundario	
Tipo de Bono que recibe	Ninguno	Tiene discapacidad?	NO		

5. DATOS DE CONTACTO

En caso necesario llamar a?	LOURDES SOLORIZANO VELIZ	Parentesco	Hijo/a
Dirección		Teléfono	0993202199

FECHA DE IMPRESIÓN	HORA	NOMBRE DEL USUARIO	FIRMA
2025-02-28	12:02	SOLORIZANO VELIZ KENIA LOURDES	