

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		1410	HAGA		B	1303411910		1303411910			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MACIAS		MENDOZA		ANGELA		LAURENTINA		F	22/10/1953	73	H D M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		
0967971314/0993508017							X		5. Problemas de abastecimiento. ☐ X 6. Insuficiencia de profesionales. ☐ X 7. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ X 8. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. ☐ X		
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA							
MANABI		BOLIVAR		CALCETA							

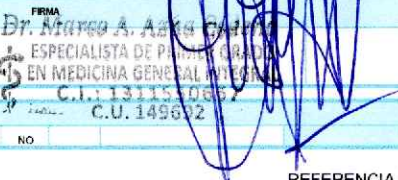
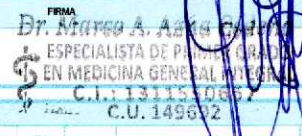
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGÍA	

CUADRO CLINICO

FEMENINA DE 73 AÑOS D EDAD, ORIENTADA, CON APP DE: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG VO QD, CURSA EL 3ER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA; PACIENTE HABRÍA ACUDIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR: CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD QUE PERSISTE A PESAR DEL USO DE ANALGESICO VO + IV, ACOMPAÑADO DE MAREOS. AL MOMENTO AFEBRIL, NORMOTENSA, ORIENTADA, GLASGOW 15/15

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TAC CRANEAL: EVIDENCIA DE CAMBIOS ISQUÉMICOS.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO			I64X		X			
2.	HEMORRAGICO O ISQUEMICO								
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-20	14:50	MARCO		AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311550667					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA			DERIVACIÓN JUSTIFICADA		
SI	X	NO	SI	X	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. 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	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	