

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1303472532	1303472532					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CELORIO	MONTES	ROSENDO	RAMON	F	30/08/1959	66	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
0963779138 / 0963775575					MOTIVO					
					1. Accesibilidad geográfica.					
					2. Falta de espacio físico.					
					3. Falta de equipamiento.					
					4. Equipos en mal estado.					
					5. Problemas de infraestructura.					
					6. Problemas de abastecimiento.					
					7. Insuficiencia de profesionales.					
					8. Inadecuada capacidad resolutive					
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y MEDICAMENTO / INSUMOS					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	MEDICINA INTERNA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

AM. DE 66 AÑOS ACUDE A CONSULTA TRAÍDO POR SUS SOBRINA EN SILLA DE RUEDAS CON APP. DE HTA, DM2 CON HEMIPLEJIA ESPASTICA DERECHA COMO SECUELA DE ACV...

AL Ex. FÍSICO: PTE. CONSCIENTE ORIENTADO, RESPONDE AL INTERROGATORIO CON LENGUAJE COHERENTE POCO FLUIDO. NO REALIZA LA BIPEDESTACION NI LA MARCHA POR SI SOLO, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO REALIZA AGARRE NO TIENE DESTREZA EN DEDOS, BORRAMIENTO DE LA COMISURA LABIAL DERECHA, MUCOSAS HIPO-CROMICAS, AR: MV NORMAL.

ACV: RSCsRs S/S.- TA: 130/80mmHg. MI sin edema. Lleva tratamiento con LOSARTAN 100+AMLODIPINO 10mg+ CLORTALIDONA 25mg, CLOPIDOGREL Y ATORVASTATINA. USA PAÑAL.

TAMBIEN REFIERE CONSTIPACIÓN Y SINTOMAS DISPEPTICOS POR ELLO SE INDICA RECOMENDACIONES GEENRALES, Ex DE LABORATORIO Y REFERECIA A II NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMIPLEJIA ESPASTICA DERECHA.

MUCOSAS HIPO-CROMICAS.

CONSTIPACIÓN Y DISPEPSIA

NO CONTAMOS CON HEMOGRAMA Y DEMAS ESTUDIOS QUE REQUIERE EL PTE. POR ELLO SE I/C CON MEDICINA INTERNA EN II NIVEL.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFI	I694		X	4 INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA, NO ESPECIFICADA. R32X	R15X	X	
2 HEMIPLEJIA ESPASTICA	G811		X	5 CONSTIPACION ; DISPEPSIA. K30X.	K590	X	
3 ANEMIA EN ENFERMEDAD NEOPLASICA	D630	X		6 ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CA	I119	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/03/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
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		