

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				
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1303567174	1303567174				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
CAICEDO	MERO	LITA	CONCEPCION	F	08/12/1956	68				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO			
0986636474		MSP		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.			
				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.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

PACIENTE ADULTA MAYOR DE 68 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 10 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MILGIRAMOS DIARIO, CLORTALIDONA 50 MILIGRAMOS DIARIO, DIABETES MELLITUS DISGNOSTICADA HACE 5 AÑOS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 500MG BID VO. MILGIRAMOS QD. ACUDE A CONSULTA POR REFERIR DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL HACIA EL LADO IZQUIERDDO, PTOSIS PALPEBRAL, SIGNO DE BELL, LAGOFTALMOS CON INICIO APARENTE EL 06/01/2025 SIN CAUSA APARENTE, LIMITACION DE LA MOVILIDAD, MARCHA ATAXICA. PACIENTE HEMODINAMCIAME ETSABLE, PPRESION ARTERIAL EN CONSULTA 1569/76. SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

06/01/2025:HEMOGLOBINA 10.9, HTO: 32.9, GLOBULOS: 8.88, NEUTROFILOS: 71.4, LINFOCITOS: 23.4, GLUCOSA: 205, EMO: INFECCIOSO, LEUCO: 1025, PROTEINA: 30MG/DL, GLUCOSA: 100MG/DL, BACTERIAS: ++. SE ENVIA TRATAMIENTO

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
	PARALISIS DE BELL (PARALISIS FACIAL)		G510		X	4.			
2.	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		I10X		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/01/2025	13:00:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1309637757				DISTRITO DE SANCOS Dr. Félix Humberto Véliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414983

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

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	