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	1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1303871121	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ESPINOZA	-	JORGE	MANUEL	M	13-03-1952	73				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0990826782	MSP

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal [ ]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad [X]

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 NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG DIA MAS CLORTADILONA 25 MG DIA. REFIERE ECV 6 AÑOS ATRAS, CON DESVIACION DE COMISURA LABIAL, PARESTESIA BRAQUICLURAL DERECHA. RECIBIO TERAPIA LA CUAL ABANDONO EL PACIENTE POR EL DOLOR QUE LE CAUSABA. ACTUALMENTE POSEE UNA MARCHA LENTA, CONSERVA FUERZA DE EXTREMIDADES. EXAMEN FISICO: MARCHA LENTA, SENSIBILIDAD Y FUERZA CONSERVADA EN LAS 4 EXTREMIDADES. PRESENTA AMNESIA DE HECHOS RECIENTES, VALORO ESCALA DE BARTHEL CON RESULTADO DE 90 PUNTOS QUE INDICA DEPENDENCIA LEVE. BAJO EL CONTEXTO DE UN ADULTO MAYOR CON HTA, AMNESIA, SOLICITO SE VALORE LA CLINICA DEL PACIENTE Y RESULTADO DE TOMOGRAFIA PARA PROCEDER O NO CON LA CALIFICACION POR DISCAPACIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TAC SIMPLE DE ENCEFALO: ATROFIA CEREBRAL, NO HIPERDENSIDADES, NO HIPODENSIDADES. ?
TFG 42 ML MINUTO, ESTADIO 3 B DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	DEGENERACION CEREBRAL SENIL	G311	X		4.				
2.	HIPERTENSION ARTERIAL	I10		X	5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/05/2026	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1308639879	Validez únicamente con firmaEC Firmado electrónicamente por: IGNACIO XAVIER MANRIQUE AVEIGA	

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