

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 PUBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1303925430			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
LAAZ	PALMA	INELMA		DE LOS ANGELES	F	31/08/1949	75	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		
0994528567 / 0985717437		IESS CAMPESINO		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				7. Insuficiencia de profesionales.		
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		
MANABI		TOSAGUA	LA PITAHAYA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
				5. Problemas de infraestructura.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDETES DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL. ACUDE POR PRESENTAR PERDIDA DE MOVILIDAD DE MIMEBROS INFERIORES DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCION ASOCIADO A MAREOS DE LEVE INTENSIDAD. CEFALEA DE PREDOMINIO OCCIPITAL. AL EXAMEN FISICO MARCHA LIMITADA. RESTO DE EXAMEN SIN ALTERACIONES. FAMILIARES REFIEREN QUE PRESENTA DIFICULTADES CON LA MOTRICIDAD FINA. VALORACION PREVIA POR ORL REALIZADA QUIEN DESCARTA VERTIGO DE ORIGEN PERIFERICO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

LABORATORIOS 12/01/2025: HEMOGLOBINA 12.1, HTCO 36.3, VCM 95, PLAQUETAS 219, GLOBULOS BLANCOS 42.6, NEUTROFILOS 44.2%, LINFOCITOS 42.6%

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATAXIA NO ESPECIFICADA	R270	X	4.			
2.	VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL.	H814	X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/03/05	9:07:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1309637757		DISTRITO DE SANITARIO D12 Félix Humberto V... MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 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 TERAPEUTICOS 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		