

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
E38		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1303963988		492143	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
SANTOS		LOOR		MARIA ALEXANDRA		F	1964/12/04	60	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
								☐ 6 Problemas de abastecimiento ☐ 7 Insuficiencia de profesionales ☐ 8 Inadecuada capacidad resolutoria ☐ 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	CHONE	CHONE							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 60 AÑOS SE REALIZA CITA POR CUADRO DE TEMBLOR FINRO SE INDICO TAC C EREBRO 11/1/2025 ATROFIA CORTICAL CON EXAMENES PARAMETROS NORMALES MANTIENE TEMBLOR FINO EN MANOS CON CUADROS DE ANSIEDAD EX FISICO SNC TEMBLOR FINO EN MANOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
TAC CEREBRO

E. DIAGNÓSTICO																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE- PRESENTATIVO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PSE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PSE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td>F067</td> <td></td> <td>X</td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td>G250</td> <td></td> <td>X</td> <td>8.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE- PRESENTATIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PSE	DEF		CIE	PSE	DEF	1.			F067		X	4.				2.			G250		X	8.				3.						8.			
	PRE- PRESENTATIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PSE	DEF		CIE	PSE	DEF																															
1.			F067		X	4.																																		
2.			G250		X	8.																																		
3.						8.																																		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
04/02/2025	11:00	ROSSY	PARRALES	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PRIMA		
1311879322				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	EL	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	TIPOLOGÍA	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																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE- PRESENTATIVO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PSE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PSE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE- PRESENTATIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PSE	DEF		CIE	PSE	DEF	1.						4.				2.						8.				3.						8.			
	PRE- PRESENTATIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PSE	DEF		CIE	PSE	DEF																															
1.						4.																																		
2.						8.																																		
3.						8.																																		

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		PRIMA		SILLO