

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		1338	CS REBALON		A	1304066267								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMORA		PONCE		AURA		ISABEL		F	27/10/63	62	H	D	M	A
														x
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
968913747														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.						
						3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.						
						4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutiva						
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

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

FEMININA DE 62 AÑOS CON APP DE VERTIGOS ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR VERTIGO HACE 24 HORAS DE EVOLUCION ACAMPAÑADO CON NAUSEAS QUE NO LLEGA AL VOMITO. A SU LLEGADA PACIENTE PACIENTE ORIENTADA. COLABORATIVA Y COLABORADORA. MENCIONA QUE AUN SE SIENTE CON MAREOS CUANDO CAMINA LO QUE LE DIFICULTA REALIZAR TAREAS DIARIAS. CABEZA: NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS ORALES HUMEDAS. CUELLO: SIN ADENOPATÍAS VISIBLES O PALPABLES. TORAX: EXPANSION TORACICA SIMETRICA, RSCS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS, COPS CLAROS Y VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES: SPA. SE SOLICITA REFERENCIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE ¹ PRESUNTIVO	DEF ² DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS			H813	X		4.			
2.	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO			H811	X		5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/12/25	10H00	MIGUEL	DELGADO	CEDENO
		FIRMA	SELLO	
1314879360			Firmado electrónicamente por: MIGUEL ESPARTACO DELGADO CEDENO Validar únicamente con FirmaRC	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	