

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1304437539	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Vaca S		SEGUNDO APELLIDO Solorzano		PRIMER NOMBRE Winston		SEGUNDO NOMBRE Grisol	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 13/03/62
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0999744148		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL CANTÓN Chone		PARROQUIA Santa Rita		EDAD H D M A		
PROVINCIA MANABI		CANTÓN Chone		PARROQUIA Santa Rita		CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A		
REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HIVOL	SERVICIO Neurología	ESPECIALIDAD Consulta Externa
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------	----------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 62 años de edad que llega a consulta con dolor de cabeza, náuseas, vómitos, alteración de la conciencia, pérdida de la memoria reciente, alteración del estado de conciencia en tiempo y espacio, cambios de personalidad, refiere que ha habido uno o dos episodios convulsivos parciales.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Normal.

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Epilepsia, no especificada		6409	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 18/03/2015	HORA (hh:mm) 16:14	PRIMER NOMBRE Tania	PRIMER APELLIDO TERREROS	SEGUNDO APELLIDO Dávalos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 122304348		FIRMA <i>Tania Ferreros</i>		SELLO Dra. Tania Ferreros MEDICO GENERAL

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

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	