

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: MSP
 UNICÓDIGO: 1314
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL BASICO SAN ANDRES
 TIPOLOGÍA: II
 NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 131024274-6
 NÚMERO DE ARCHIVO: 131024274-6

PRIMER APELLIDO: DAZA
 SEGUNDO APELLIDO: CORTEZ
 PRIMER NOMBRE: PABLO
 SEGUNDO NOMBRE: BURGOS
 SEXO: M
 FECHA NACIMIENTO: 12/10/1958
 EDAD: 68

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0995626147
 LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: PROVINCIA: MANABÍ, CANTÓN: F. A. DAZA, PARROQUIA: ST. DOMINGO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA
 INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: SERVICIO: ESPECIALIDAD: NEURÓLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
 Paciente de 68 años masculino, con dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, pérdida de conciencia, convulsiones, etc.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
 RX: ESCOTOSIS, FRACTURAS POR COMPRESIÓN EN VERTEBRAS

E. DIAGNÓSTICO

PRESENCIA	DEFINITIVO	CIE	PR	DEF
1	ESCOTOSIS	M89.9		8
2	SCURIS, FRACTURAS C. VERTEBRAL	T11	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
 FECHA: 08/01/2026
 NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 131024274-6
 PRIMER NOMBRE: DR. DIEGO
 APELLIDO: WILSON B.
 ESPECIALIDAD: Médico General
 C.R.: 131024274-6
 REG. SENESCYT: 1016-15-144-703

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN
 REFERENCIA JUSTIFICADA: ☐ SI ☒ NO
 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: UNICÓDIGO: 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

PRESENCIA	DEFINITIVO	CIE	PR	DEF
1				
2				
3				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
 FECHA: NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: