

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1304819012								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
INTRIAGO		LOOR		LECTY		MARINA		F	24/01/1962	63	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0988477454-0985852953		NO		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE RESIDENTE DE MANTA (RESIDENCIA PROVISIONAL - TOSAGUA) CORRESPONDIENTE A LA COMUNIDAD DE INFLUENCIA DE CENTRO DE SALUD. SE HACE LEVANTAMIENTO DE DATOS DE FAMILIA IDENTIFICÁNDOSE RIESGO BIOPSIOSOCIALES EN DOMICILIO. ADULTA ENCAMADA CON LIMITACIÓN FÍSICA SEVERA TRANSITORIA (EN REHABILITACIÓN) ANTE EVENTO CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO CON SECUELAS VARIAS(DISARTRIA, HEMIPLEJIA IZQUIERDA) AL MOMENTO ALIMENTÁNDOSE MEDIANTE SONDA GÁSTRICA (GASTROSTOMÍA) CON RECUPERACIÓN PAULATINA DE DEGLUCIÓN FAMILIAR MENCIONA QUE NO LOGRA DEGLUTIR ADECUADAMENTE QUE SE HACE CASI IMPOSIBLE **ADULTA CONCIENTE, COLABORA CON INTERROGATORIO, SE DA CONSEJERÍA A FAMILIAR (HERMANA SOBRE CUIDADOS, MEDICINA CONTINUA, ALIMENTACIÓN Y PREVENCIÓN DE LESIONES DE DECÚBITO. SE HACE EDUCACIÓN ADICIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES VECTORIALES, SE EDUCA SOBRE AGUA SEGURA, ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE FACILITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/01/21	16:00	YOLANDA	CEDENO	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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
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			SELLO	