

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              | CS TOSAGUA               |               | C         | 1306318203                       |      | 1306318203                                                                                                                                                             |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                       | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |         | BASURTO           |                          | JOSE          |           | RAYMUNDO                         | M    | 28/04/1971                                                                                                                                                             | 54   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |      | MOTIVO                                                                                                                                                                 |      |                         |   |   |   |
| 0978977935 - 0979679542               |         | NO REGISTRA       |                          | X             |           |                                  |      | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          |               |           |                                  |      | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA         |                          |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                        |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA | TOSAGUA           |                          |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                        |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO CON APP DE DM TIPO II CON TTO CON JARDIANCE DUO (EMPAGLIFLOZONA 12.5 mg/METFORMINA 1000mg) UNA TABLETA CADA 12 HORAS, VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO EN TRATAMIENTO CON DIMENHIDRINATO 50mg CADA 12 HORAS + BETAHISTINA 24mg CADA DIA. FUMADOR INVETERADO, HASTA 4 CIGARRILLOS AL DIA, INSOMNIO CON TRATAMIENTO CON AMITRIPTILINA 25mg UNA TABLETA EN LAS NOCHES, NOS REFIERE CUADRO CLINICO DE +/-1 MES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR **SINCOPEs EN DOS 2 OCASIONES SIN CAUSA APARENTE**, ACOMPAÑADO DE SUDORACION + PIEL FRIA, NIEGA OTROS SINTOMAS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

TAC DE CRÁNEO: PARÉNQUIMA CEREBRAL: CONSERVADA. NO SE IDENTIFICAN ÁREAS DE HEMORRAGIAS AGUDAS. SE OBSERVAN CALCIFICACIONES DE ASPECTO FISIOLÓGICO EN LOS PLEXOS COROIDEOS Y LA GLÁNDULA PINEAL. SE IDENTIFICA **ARACNOIDOCELE SELAR GRADO 3**.

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                             |      |     |     |    |  |     |     |     |
|----|---------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO          | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. | OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL ENCEFALO | G938 | X   |     | 4. |  |     |     |     |
| 2. | HIPOFITUARISMO                              | E230 | X   |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                                             |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 23/04/2026                            | 3.46 pm         | JUAN JOSÉ     | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310509771                            |                 |               |                 |                  |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    |                                    |     |     |     |    |  |     |     |     |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |