

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                                         | TIPOLOGIA        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                         |   | NÚMERO DE ARCHIVO |   |   |  |  |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------|---|-------------------|---|---|--|--|
| MSP                                   |                  | 1246              | CS. TOSAGUA              |                                                         | C                | 1306385137                       |                         |   | 1306385137        |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE     | SEGUNDO NOMBRE           | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD                             | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |                   |   |   |  |  |
|                                       |                  |                   |                          |                                                         |                  |                                  | H                       | D | M                 | A |   |  |  |
| ZAMBRANO                              | MENDOZA          | ARQUIMIDES        | SIGIFREDO                | H                                                       | 06/09/1968       | 57                               |                         |   |                   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                                              | X                | DERIVACIÓN                       |                         |   | MOTIVO            |   |   |  |  |
| 09866891324 / 0969941871              |                  |                   |                          |                                                         |                  |                                  |                         |   |                   |   |   |  |  |
| /                                     |                  |                   |                          |                                                         |                  |                                  |                         |   |                   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA         |                          |                                                         |                  |                                  |                         |   |                   |   |   |  |  |
| MANABÍ                                | TOSAGUA          | TOSAGUA           |                          |                                                         |                  |                                  |                         |   |                   |   |   |  |  |
|                                       |                  |                   |                          | 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 resolutiva                      |                  |                                  |                         | X |                   |   |   |  |  |
|                                       |                  |                   |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |                                  |                         |   |                   |   |   |  |  |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| M.S.P                   | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

PTE. MASCULINO DE 57 AÑOS, CON APP DE HTA, PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON EXFORGE 160/10/12.5MG QD, ATORVASTATINA Y RIVAROXABAN.  
 REFIERE QUE EN OCTUBRE DEL 2025 TUVO UN ACV (ISQUÉMICO) Y ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL DE CHONE... AHORA ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA A NEUROLOGÍA  
 PORQUE QUIERE QUE LE SIGA ATENDIENDO EL NEURÓLOGO QUE LE INDICO RENACENZ ( PÉPTIDO DE CEREBROLYSIN) ÚTIL EN LA FASE AGUDA DE ICTUS...  
 AL EX. FÍSICO: PTE. CONCIENTE Y ORIENTADO EN TEP, COLABORA AL INTERROGATORIO CON LENGUAJE CLARO Y FLUIDO, CON LEVE HEMIPARESIA IZQUIERDA A PREDOMINIO BRAQUIAL...  
 MUCOSAS: NORMCOROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RSCrSs/IS.-. HA ESTADO REALIZANDO FISIOTERAPIAS CON MUY BUENOS RESULTADO... PUES YA DEAMBULA SOLO

|                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AL EX. FISICO: PTE. CONCIENTE Y ORIENTADO EN TEP, COLABORA AL INTERROGATORIO CON LENGUAJE CLARO Y FLUIDO, CON LEVE HEMIPARESIA IZQUIERDA A PREDOMINIO BRAQUIAL...<br>SIGNOS VITALES NORMALES. |
|                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                               |

| E. DIAGNÓSTICOS |                                                        | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------|--------------------------------------------------------|--------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
| 1               | SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFI | I694   |            | X          | 4 |        |     |     |
| 2               |                                                        |        |            |            | 5 |        |     |     |
| 3               |                                                        |        |            |            | 6 |        |     |     |

|                                       |                  |               |                 |                  |
|---------------------------------------|------------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm)  | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 23/03/2026                            | 4:00:00<br>p. m. | LUIS ABEL     | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                  | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1803403326                            |                  |               |                 | MEDICO FAMILIAR  |

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