

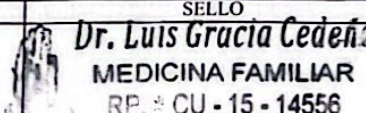
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS		HOSPITAL BASICO CHONE			1306878016 536811		762235			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO	GARCIA	JOHN	MARDONIO	M	11-08-1970	55	II	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN ☒					
962883654					MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI	CHONE	CHONE		3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutive					
				4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
		Consulta Externa	NEUROLOGIA (CE)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 55 AÑOS SE REALIZA CITA POR CUADRO DE PARAPLEJIA CON USO DE SILLA D E RUEDAS CON SECUELA DE ACV HACE 1 AÑO AHORA AMERITA VALROAICON POR NEUROLOGIA PARA CALIFICACION INDICO INTERCONSUALA CON NEUROLOGIA SICOLOGIA IC NEUROCIROGIA F ISIAITRIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
NADA SENALAR

E. DIAGNOSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O IS			I694	X	

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-16	13:09		GRACIA CEDENO	LUIS HERNAN
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
0803156108				
				
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA

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. DIAGNOSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF

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

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		VALORACION INTEGRAL

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA