

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

UNICÓDIGO: 1413 Hospital Básico Flavio Alfaro

TIPOLOGÍA: 130 F25 2930

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 130 F25 2930

NÚMERO DE ARCHIVO: 130 F25 2930

PRIMER APELLIDO: Ferraz

SEGUNDO APELLIDO: Alfaro

PRIMER NOMBRE: Ether

SEGUNDO NOMBRE: Bartolo

FECHA NACIMIENTO: 54

EDAD: 54

SEXO: M

CONDICIÓN EDO (MARCAR):

PROVINCIA: Manabí

CANTÓN: Flavio Alfaro

PARROQUIA:

Nº TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0969937569

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

SERVICIO: consulta externa

ESPECIALIDAD: neurología

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente masculino 54 años de edad que es llevado el 15/01/2025 a la emergencia en carro de cuerpo de bomberos por presentar cuadro clínico de 12 horas de evolución manifestado por cefalea holocefálica, dislalia del habla requiriendo del apoyo del oxígeno y pérdida de la conciencia visual, se observa derivación con sordera total.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

15/01/2025 TAC de Cerebro y aparcamente de los senos paranasales.

15/01/2025 BAC. hemograma básico. Neutrofilos 50.3%. Hgb 15.3 Hct 44.1 plaquetas 271000.

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Accidente vascular cerebral agudo				X			
no especificado como hemorrágico o isquémico							

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD): 025-10-20

HORA (HH:MM): 07h

PRIMER NOMBRE: Dr. Xavier

PRIMER APELLIDO: Toala

SEGUNDO APELLIDO: Reyes

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 130 989 9001

SELO: Dr. Xavier Toala Reyes

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA: SI NO

CONTRAREFERENCIA: ☐

REFERENCIA INVERSA: ☐

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:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: DISTRITO: FECHA (AAAA-MM-DD):

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD): HORA (HH:MM):

PRIMER NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: SELLO: