MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

## 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 | 1307299485 | |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALVATIERRA | ALCIVAR | DIOSPAQUITA | YAQUELINE | F | 19/06/1972 | 53 | | | | X |

| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA |
|---|---|
| 0981635124-0988749832 | NO |

| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL | | |
|---|---|---|
| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA |
| MANABI | TOSAGUA | TOSAGUA |

REFERENCIA X DERIVACIÓN

MOTIVO

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 X

## 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 FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON APP DE GASTRITIS EROSIVA, ULCERAS DUODENALES. ACUDE A VALORACIÓN SOLICITANDO REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGIA, PRESENTA EL DIA DE HOY CEFALEA INTENSAS A REPETICIÓN SIN MEJORIA CON LA TOMA D ENALEGESICOS. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECILIDAD.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF | | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA | G439 | X | | 4. | | | | |
| 2. | | | | | 5. | | | | |
| 3. | | | | | 6. | | | | |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| 2026/05/15 | 16:00 | | | |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | SELLO |
|---|---|---|
| | Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO | 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 | FIRMA | SELLO |
|---|---|---|
| | | |