

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		1266	CENTRO DE SALUD MONTAÑITA	A	1307348621		1307348621																							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																					
VERA		MOREIRA		NARCISA		DE JESUS	F	3/6/1969	55	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X												
H	D	M	A																											
			X																											
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐																							
0983706876/ 0978874314							MOTIVO																							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL							<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutoria</td><td>☐</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☒</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>				1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutoria	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒	5. Problemas de infraestructura.	☐		
1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																											
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																											
3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutoria	☐																											
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒																											
5. Problemas de infraestructura.	☐																													
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA																											
MANABI	JUNIN		JUNIN																											

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

FEMENINA DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION Y DIABETES DE LARGA DATA CON MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, PRESENTA DESDE HACE 72 HORAS DISARTRIA RELAJACION DE ESFINTER URINARIO SIN ASOCIACION DE CONVULSION, DEBILIDAD DE HEMICUERPO DERECHO DESORIENTACION TEMPOROESPACIAL Y DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL HACIA LA IZQUIERDA. LENGUAJE INCOHERENTE. GLASGOW 15/15

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TOMOGRAFIA DE CEREBRO NO EVIDENCIA LESIONES ISQUEMICAS NI HEMORRAGICAS, LLAMA LA ATENCION SURCOS BIEN PRONUNCIADOS NO ACORDES A LA EDAD Y GLUCOSA 260 MG /DL

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS		1698	☒		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-30	16:20	MARGARITA		QUIROZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1309650404					

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 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	