

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			1307495174 664227		739631	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICION EDAD (MARCAR)	
MOREIRA	CEDENO	ISABEL		CRISTINA	F	18-06-1946	79	H	D
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
978879512				X		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		5. Problemas de infraestructura.				X	
MANABI	CHONE	ELOY ALFARO							

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
		Consulta Externa	NEUROLOGIA (CE)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL TIENE ANTECEDENTES DE PARKINSON
 EN ESTOS MOMENTOS REFIERE SENTIRSE BIEN BUEN ESTADO GENERAL NO TIENE
 MEDICAMENTO PARA SU CONTROL POR LO CUAL SE LE DA TRATAMIENTO.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ADA SENALAR

DIAGNOSTICO

ENFERMEDAD DE PARKINSON

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-05 14:08			GRACIA CEDEÑO LUIS HERNAN	

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
0803156108		Dr. Luis Gracia Cedeno MEDICINA FAMILIAR RR-CU-15-14556

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
-----------------	-----------------	-----	-----	-----

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

FECHA (aa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
---------------------------------------	-------	-------

Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		VALORACION INTEGRAL

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA