

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1245	CS 24 H JUNIN		C	1307803179		1307803179		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
GANCHOZO	VERGARA		MARIA		SURITA	M	21/07/1975	49	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN		MOTIVO		
0996046790 - CALLE VELASCO IBARRA/ELOY ALFARO		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA	CANTÓN	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive				
MANABI	JUNIN	4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X		
		5. Problemas de infraestructura.								

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 CLINICO	
Paciente femenina de 49 años de edad, con app de hta/Dm2 bajo tto con metformina 500mg BID (controladaS). Acude a consulta refiriendo cefalea punzante global de 2 años de evolucion presentandose varias veces en la semana (4 dias), de intensidad variable, acompañada en ocasiones de nauseas, vision borrosa, sin vomitos, sin sangrado nasal, sin otro sintoma	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. DIAGNOSTICO									
PRE= PRESUNTIVO		DEF=		CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	ANEURISMA CEREBRAL SIN RUPTURA			I671	X		4.		
2.							5.		
3.							6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	12:29	RONALD	LOOR	OUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312184177				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION									
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	TIPOLOGÍA	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 CLINICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO									
PRE= PRESUNTIVO		DEF=		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	