

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		1410	HAGA		B	1307875102		1307875102							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MURILLO		MACIAS		JESUS		MONSERRATE		H	22/10/1953	52	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0986615046							X								
					1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
					2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
					3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.								
					4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutiva								
					5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI		BOLIVAR		CALCETA											
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO				ESPECIALIDAD							
				CONSULTA EXTERNA				NEUROLOGÍA							
CUADRO CLINICO															
MASCULINO DE 52 AÑOS D EDAD, ORIENTADA, SIN APP DE IMPORTANCIA, CURSA EL 3ER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA; PACIENTE HABRÍA ACUDIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR: HEMIPARESIA BRAQUICURAL DERECHA, ACOMPAÑADO DE MAREOS. AL MOMENTO AFEBRIL, NORMOTENSO, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, SE SOLICITA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD															

1715 ORRIN, R. EVIDENCIA DE CHIMBOSQUEMOS.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO			I64X		X	4.			
2.	HEMORRAGICO O ISQUEMICO						5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-26	10:50	VICTOR	CEDENO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1302656473				

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO	DERIVACION JUSTIFICADA	SI	X	NO
------------------------	----	---	----	------------------------	----	---	----

REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

STAFF 2000 RELEASED BY FBI OFFICE 11/15/2000 11:15 AM

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

5. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE CONTIENE HERE

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA			SELLO		