

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1114

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1308358892

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

CARVAJAL

SEGUNDO APELLIDO

PALACIOS

PRIMER NOMBRE

ANGEL

SEXO

H

FECHA NACIMIENTO

19/10/1974

EDAD

52

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

x

NA

0995801183

REFERENCIA

☒

DERIVACIÓN

☐

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

MANABI

ROCAFUERTE

ROCAFUERTE

1. anestesias neuróticas

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

MOTIVO

6. Problemas de anastomosis

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 52 AÑOS QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD ACOMPAÑADA DE FOTOFOTOBEEA, NAUSEAS CON VOMITOS QUE SE REPITE INTERVALO DE DE 3 VECES POR SEMANAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TOMOGRAFIA SIMPLE SIN LESIONES

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

MIGRANA, NO ESPECIFICADA

G439

X

4.

2.

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

2026/08/01

HORA

11:50

PRIMER NOMBRE

ELEANA

PRIMER APELLIDO

VASQUEZ

SEGUNDO APELLIDO

SOLORZANO

CEDULA

1310630817

FIRMA

SELLO

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1411

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS 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

HORA

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

