

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1340	CS, VALDEZ	A	1308381191	1308381191						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
GUERRERO	ZAMORA	ANGEL	HERIBERTO	H	08/04/1975	49	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X							
993520164		MSP									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.							
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.							
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.							
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.							
MANABI				5. Problemas de infraestructura.							
ROCAFUERTE				6. Problemas de abastecimiento.							
				7. Insuficiencia de profesionales.							
				8. Inadecuada capacidad resolutive							
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PCT DE 49 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 2 MESES EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG CAD DIA, PROPRANOLOL 40MG CADA DIA, AMLODIPINO 10MG CADA DIA, ATENDIDO POR NEUROLOGO EL QUE INDICA INICIO DE PARKINSON EN TRATAMIENTO CON PRAMIPEXOL 0.75MG (MIRAPEX 0.75MG) CADA DIA. APF CA DE ESTOMAGO, DE PIEL, MAMA IAM (+). AL MOMENTO INGRESA CON CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 6 MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR PERIDA DE FUERZA DE BRAZO DERECHO, QUE LIMITA LAS FUNCIONES DIARIA EN SU TRABAJO, PERIMETRO DE BRAZO DERECHO 39CM, BRAZO IZQUIERDO 41CM

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/02/25	14H00	LENIN	YENCHONG	MEZA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310215338				

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	