

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE				TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
MSP	1241	San Bartolo		A	1308805417	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Hejía	Veliz	Norma	Argentina	M	15/11/1951	73
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0990254886					H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
Manabí	Bolívar	Calceña				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPECIALIDAD
MSP	Consulta Externa	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Adulta mayor con antecedente de hipertensión arterial y secuela de ACV hemorrágico que cursó con afasia de Broca y desorientación, los cuales han mejorado parcialmente pero persiste hemiparesia braquiocrural derecha. Paciente requiere control por espasmodicidad y llenado de documento Anexo 01.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Secuelas de hemorragia intracerebral		I69.1		X			
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/01/06		Gabriel	Juñiga	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELO		
1310605587	<i>[Firma]</i>	Dr. Gabriel Juñiga Zambrano ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Reg. MSP. 1310605587 REG. SECESOT. 1027.2022-2414969		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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.								
2.								
3.								

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	SELO		