

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                                            |                                   |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                     |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br><b>MSP</b>                      | UNICÓDIGO<br><b>1413</b>          | ESTABLECIMIENTO DE SALUD<br><b>HBSA</b> | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA<br><b>130 88 8031 7</b>                                                               | NÚMERO DE ARCHIVO                   |
| PRIMER APELLIDO<br><b>Zambrano</b>                         | SEGUNDO APELLIDO<br><b>Barrio</b> | PRIMER NOMBRE<br><b>Marta</b>           | SEGUNDO NOMBRE<br><b>Teresa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SEXO<br><b>F</b>                                                                                                       | FECHA NACIMIENTO<br><b>20/12/44</b> |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)<br><b>0997748244</b> |                                   | REFERENCIA                              | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)<br>H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| PROVINCIA<br><b>Manabí</b>                                 | CANTÓN<br><b>Flavio Alfaro</b>    | PARRISQUÍA                              | MOTIVO<br>1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                                                                                                                        |                                     |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                                       |                          |                                     |                                   |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br><b>MSP</b> | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO<br><b>CONSULTA EXTERNA</b> | ESPECIALIDAD<br><b>NEUROLOGÍA</b> |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 60 años de edad que llega a nuestra casa de salud por  
cansal y dolor de cabeza clínico agudo por disfunción motora, dolor  
brazo izquierdo de la sensibilidad motora y sensibilidad, dificultad para hablar; temblor  
mano estable. Glasgow 12/15

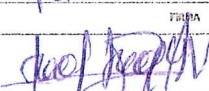
## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRESUNTIVO                          | DEF. DEFINITIVO | CIE          | PRE | DEF      | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|-----------------|--------------|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. <b>Isquemia cerebral transitoria</b> |                 | <b>I63.9</b> |     | <b>X</b> |     |     |     |     |     |     |
| 2. <b>Ataques epilépticos</b>           |                 |              |     |          |     |     |     |     |     |     |
| 3.                                      |                 |              |     |          |     |     |     |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                                         |                                 |                                                                                                                                                                            |                                  |                                  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| FECHA<br>(dd-mm-aa)<br><b>15/11/2015</b>                | HORA<br>(hh:mm)<br><b>19:00</b> | PRIMER NOMBRE<br><b>Tania</b>                                                                                                                                              | PRIMER APELLIDO<br><b>Tamayo</b> | SEGUNDO APELLIDO<br><b>Itama</b> |
| NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN<br><b>1722309398</b> |                                 | <br><b>Dra. Tania Tamayo Itama</b><br><b>MD MEDICO GENERAL</b><br><b>C.I. 1722309398</b> |                                  |                                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                             |                             |                        |                             |                             |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

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 (dd-mm-aa) |
|-------------------------|--------------------------|----------|------------------|

## 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 | 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<br>(dd-mm-aa)                | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |