

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		1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES	B	1309349494								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
ZAMBRANO	CHAVEZ		JUANA		F	24/06/1975	51	H	D	M	A		
CELULAR		REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0989790122		X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. aneurisma neurálgico		MOTIVO									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		3. Insuficiencia de profesionales.								
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.		4. Inadecuada capacidad resolutoria								
		4. Equipos en mal estado.		5. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
		5. Problemas de infraestructura.											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 51 AÑOS QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE CEFALEA DE TIPO PULSATIL, ACOMPAÑADO DE FOTOFOTOBEO, NAUSEAS QUE MENCIONA USO DE ANALGESICO TIPO OPIOIDES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TOMOGRAFIA SIMPLE DE CABEZA: SIN LESIONES

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	H814		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/08/01	9:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
CEDULA	FIRMA		SELLO	
1310630817				

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	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES			

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	

