

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	4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1309408928	1309408928				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD		
VARELA	SANTOS	CARLOS	ANTONIO	M	26/05/1978	46	H	D	M
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO				
0962575974 - 0963203756	MSP	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PCTE ADULTO MEDIO ACUDE A LA CONSULTA ACOMPAÑADO DE SU ESPOSA QUIEN INIDCA QUE DESDE HACE 6 MESES COMENZO A PRESE TAR UN TEMBLOR INVOLUNTARIO IZQUIERDA, ACOMPAÑADO DE LEVE DOLOR, EN LA EXTREMIDAD CON SENSACION DE CANSANCIO EN DICHO BRAZO, NIEGA PERDIDA DE FUERZA, REFIERE QUE AL HACER S ACTIVIDAD DIARIA NO LE IMPIDE Y MAS BIEN AHI NO TIEMBLA ES EN REPOSO SU TEMBLOR

APP: NO REFIERE, APF: ABUELA PARKINSON, ALERGIAS: A CAMARON, Y POLVO. ASISTIO MEDICO PARTICULAR EL CUAL INDICO LEVODOPA 250 MG 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y MEDIA EN LA TARDE LLEVA UN MES DE TRATAMIENTO Y REFIERE CIERTA MEJORIA OCACIONAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LABS 11-01-2024 *GLUCOSA 116 - * CREAT 1.4 - GLUC POSTPAND 102 // TP 10.9 - TPP 21.30 - INR 0.99

13/01/2025 GLUCOSA: 89, CREATININA: 0.8, ASTO: 150, PSA NEGATIVA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
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
21/1/2025	12:00	MARIA	DELGADO	MORA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311970527				

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 CLINICO

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
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		

ONAL 4

o

DAD (MARCAR)	
M	A
	X
X	

TARIO EN	
CER SU	

PRE	DEF

NO

o

PRE	DEF

A INVERSA