

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
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS		HOSPITAL BASICO CHONE		1309726535 651314	946606
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO
IBARRA	CEDENO	MARIA	ELENA	F	15-01-1972
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
0				X	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.		
MANABI	CHONE	CHONE	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 resolutoria		
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
MSP	H. N. DAVILA	Consulta Externa	NEUROLOGIA (CE)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 54 AÑOS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 72%, VIENE A CPNSULTA CON SU MADRE, REFIERE QUE LLEVA VARIOS DIAS CON VERTIGOS, DOLOR EN EL PECHO, TAQUICARDIA, Y CEFALEA POSTERIOR A CAIDA DE SU PROPIA ALTURA HACE UNOS DIAS. REFIERE LA MADRE QUE IBAN A SALIR ALA CALLE, DEREPEENTE LA VIO EN EL SUELO CON SANGRE EN EL ROSTRO, YA QUE CON LA CONTUSION SE PARTO EL LABIO, LA NARIZ Y SE HEZI UN HEMATOMA EN EL CUERO CABELUDO, NO HUBO PERDIDA DE CONCIENCIA, PERO REFIERE QUE SE MERO Y PERDIO EL EQUILIBRIO, PORSTERIOR A DICHO EPISODIUO TIENE MIEDO A SALIR PORQUE SE MAREA FRECUENTEMENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

NADA SEÑALAR

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
MIGRANA COMPLICADA		G433	X	
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		F411	X	

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-02 13:07			GRACIA CEDENO LUIS HERNAN	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
0803156108				Dr. Luis Gracia Cedeno MEDICINA FAMILIAR CU-15-14556

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 DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
-----------------	-----------------	-----	-----	-----

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		VAL 001

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

