

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
IUP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO		A	1310016488								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BASURTO		DELGADO		PAULINA		ROCIO		M	13-12-1980	44	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0969516443		MSP		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		8. Inadecuada capacidad resolutive								
				4. Equipos en mal estado.		9.								
						X								

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

ADULTO MEDIO CON APP DE HTA MAS DIABETES TIPO 2. HACE 5 MESES ATRAS SUFRIO CUADRO DE EVENTO CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO, CON SECUELAS DE HEMIPARESIA IZQUIERDA. HACE 2 DIAS ATRAS SUFRE CUADRO DE INSTALACION PROGRESIVA, CARACTERIZADA POR DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL, DISARTRIA, HEMIPLEJIA IZQUIERDA, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, FUE LLEVADA A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE BAHIA DONDE LE INGRESAN Y LE BRINDAN TRATAMIENTO. DESPUES DE 4 DIAS LE DAN EL ALTA MEDICA, CON MEJORIA DE SIGNOS Y SINTOMAS NEUROLÓGICOS. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN CASA BAJO EL CUIDADO DE SUS FAMILIARES, CONTINUA CON DISARTRIA, PARESIA BILATERAL IZQUIERDO, CONTROL DE ESFÍNTERES. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO CONTROL SUBSECUENTE POR MEDICO ESPECIALISTA.

1.	INFARTO CEREBRAL NO ESPECIFICADO	1639	X	4.		
2.	DIABETES TIPO 2 CON COMPLICACIONES PERIFERICAS	E115	X	5.		
3.	HIPERTENSION ARTERIAL	I10	X	6.		

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/11/2025	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308639879				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO		
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO