

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
IESS	2609	DISPENSARIO "SAN PABLO 1"	Centro de Salud Tipo A	1310165293	217
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
QUIROZ	SALTOS	MARTHA	LUCIA	F	1981-08-11
No TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
O960930481		X		43	H D M A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			
MANABI	CHONE	SANTA RITA			
		1 Accesibilidad geográfica			
		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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	HOSPITAL DEL IESS	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE INDICA DOLOR EN MAMA IZQUIERDA DE DOS DIAS DE EVOLUCION QUE SE ACOMPAÑA DE ALZA TERMICA NO ANTIFICADA Y CEFALEA, INDICA QUE AL PALPARCE LA MAMA SIENTE UNA MASA EN REGION SUPERIOR LA CUAL ES SENSIBLE A LA PALPACION NIEGA GOLPEN EN ZONA AFECTADA MASA PEQUEÑA EN REGION SUPERO INTERNA DE AUREOLA IZQUIERDA, LA CAL ES DOLOROSA AL TACTO, TAMBIEN DOLOR EN REGION INFEROEXTERNA DE LAS DOS MAMAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SEGURO SOCIAL CAMPESINO
ZONA 4 DISTRITO 13D07
Dispensario SAN PABLO I
IESS Código # 240113019

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. MIGRAÑA		G43.9		X			
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
22 de enero de 2025	14H17	JORGE	UGALDE	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1308308806				
				

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO