

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO H O S D	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1310243694	NÚMERO DE ARCHIVO 1310243694
PRIMER APELLIDO Quiroz	SEGUNDO APELLIDO Cerrato	PRIMER NOMBRE Ines	SEGUNDO NOMBRE Elizabeth	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 44
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0939182396		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Manabí F. Alfaro F. Alfaro		MOTIVO ☐ 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.			

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Neurología
-------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente femenina 44 años que es intervenida por hernia uterina al entrar en 2do día postoperatorio realiza convulsión por gases de hospitalización no refiere antecedentes previos convulsivos, ni antecedentes de hipertensión arterial.

ALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Bromelina: Leuco: 6.85×10^3
 Neutro: 69.8%
 HGB: $11.5 g/dl$

AGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Otras Convulsiones y las no especificadas			R58					

ACTOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Jessica	PRIMER APELLIDO Regalado	SEGUNDO APELLIDO Segovia
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1309535340		FIRMA <i>Jessica Regalado</i>		SELLO <i>Fra. Jessica Regalado</i>

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

 CONTRAREFERENCIA ☐

 REFERENCIA INVERSA ☐
ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

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

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ACTOS DE ATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

AGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

ACTAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE
ACTOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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