

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP			HAGA	B	1310438724	1310438724	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Zambrano	Bravo Maria Virginia	Maria		Virginia	F	18/08/1985	39
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
997609255				X		H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1 Accesibilidad geográfica			
MANABI	calacota	calacota		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 resolutiva			
				9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ANTECEDENTE DE MIGRAÑA CRÓNICA DE 8 AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE IMPIDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, VERTIGOS CON NAÚSEAS Y CEFALEA

Ocasional, toma eventualmente analgésicos

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMEN FÍSICO / HISTORIA CLÍNICA

E. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	ICD-10	FE	MF	MF	MF
MIGRAÑA CON AURA	G43.1	X			
SÍNDROME VERTIGINOSO SIN CAUSA DETERMINADA	R42	X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	NOMBRE (completo)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
7 DE MARZO 2025	JOSE PINOARGOTE MENENDEZ	JOSE	PINOARGOTE	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Firma			
1308408135				
Dr. José Pinoargote Menéndez MÉDICO - MAGÍSTER SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL CENESCYT 11050-2015-2076076				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	REFERENCIA INVERSA	SI	NO

A. DATOS 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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	ICD-10	FE	MF	MF	MF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	NOMBRE (completo)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Firma			