

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		1410	HBAGA	B	1310477151	1310477151
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO	VELASQUEZ	GABRIELA		ELIZABETH	M	9/7/1984
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		EDAD
//0995955247// 0995022720		X				41
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
PROVINCIA	CANTÓN	2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.		H
MANABI	BOLIVAR	3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		D
	CALCETA	4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.		M
		5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		A

Pv
chv

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

X

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR QUER ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR ENTUMECIMIENTO HORMIGUEO DOLOR AA NIVEL DE LA MANO ESPECIAL DE LOS DEDOS PULGAR INDICE Y MEDIO DEL BRAZO DERECHO LA CUAL MANTIENE DOLOR EN TODO EL BRAZO QUE NO CEDE CON LA MEDICACION POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MEJOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS



E. DIAGNÓSTICO

PRE-EXISTENTE	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1. SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO		G580	X	
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-31	10:00 a.m.	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				

Dr. Marco Antonio Azúa Cedeño
ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL
Cédula 1311550667

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	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 (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-EXISTENTE	DEFINITIVO	CE	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		