

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1310974025								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
RODRIGUEZ		ESPINOZA		EDDY		YONAHIRA		F	11/08/1980	43				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0979030822		NO		X				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.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTON		PARROQUIA											
MANABI	TOSAGUA		TOSAGUA											

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

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON IBERSARTAN 150 MAS HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG DIA Y CARVEDILOL 50 mg. DIA., PACIENTE MENCIONA QUE DÍAS ANTERIORES ESTUVO EN LA EMERGENCIA CON CEFALEA Y PICO HIPERTENSIVO A PESAR DE ESTAR RECIBIENDO NUEVA MEDICACIÓN, SE HACE HINCAPIE EN TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PARA COMPLEMENTAR. PACIENTE MANIFIESTA QUE EL, DOLOR DE CABEZA ES INTENSO Y QUE ADEMÁS PRESENTA , FOTOPSIA, HIPERSENSIBILIDAD AL RUIDO Y LA LUZ., SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

1.	MIGRAÑA COMPLICADA	G43.3	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/08/07	15: 00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

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)

[illegible]

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	