

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1310978360	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Delgado	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE Esther		SEGUNDO NOMBRE Marta	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 29/11/94	EDAD 24
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☒ A ☐		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			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 resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
PROVINCIA MANABI	CANTÓN TACO ALBA	PARROQUIA TACO ALBA					

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de unos años de edad que llega a esta casa de salud por presentar edema en miembros inferiores y dolor en antebrazos y mano derecha con sensaciones de entumecimiento producto de una caída provocada por otra persona. En la presentación actual refiere de episodios esporádicos de vómitos, por lo que se refiere que primero fue a un boticón.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ex. evidencia de vómitos esporádicos de contenido gástrico.

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Factores de la epilepsia según el ICD-10 S52		X						

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 06/01/2015	HORA (hh-mm) 10:00	PRIMER NOMBRE Romulo	PRIMER APELLIDO Montalvo	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 0907072664		FIRMA 		

Dr. Rómulo Montalvo Pulecio
MEDICINA INTERNA
Folio # 2-17-17567

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

 CONTRAREFERENCIA ☐

 REFERENCIA INVERSA ☐
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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

DATOS 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

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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