

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1311621971								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BURGOS		ANCHUNDIA		ANGEL		FABIAN		M	01/03/1983	42	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0981543016		IESS	QUIROGA											
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.														
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		BOLIVAR		QUIROGA		X								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE MOTO EL 01 DE JUNIO DEL 2025 QUE PRESENTO CONTUSIONES MULTIPLES EN TODO SU CUERPO SIN FRACTURAS EVIDENTES ESTUVO HOSPITALIZADO Y DANDOLE DE ALTA POSTERIOR A EVOLUCION DE 24 HORAS, SIN EMBARGO A PARTIR DE ESE MOMENTO EMPEZO A PRESENTAR DOLOR DE CABEZA Y MAREOS QUE SE HAN IDO INTENSIFICANDO HACIENDOSE MAS INCONTROLABLES CON POCA MEJORIA CLINICA AL TRATAMIENTO ADMINISTRADO, ACUDE PARA VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD PUESTO QUE LAS MOLESTIAS EN LA CABEZA HAN IDO EN INCREMENTO POSTERIOR AL TRAUMA PRESENTADO, SE HAN INDICADO EXAMENES COMPLEMENTARIOS HEMOGLOBINA 12 GR/DL, COLESTEROL 200 GR/DL, TRIGLICERIDOS 140 GR/DL, GLUCOSA 99 GR/DL, SIN ALTERACIONES EVIDENTES POR LO CUAL SE DECIDE REFERIR PARA ESTUDIOS Y VALORACION ESPECIALIZADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS		G448		X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/07	11:00	ANGELICA MARIA	MERA	REYNA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1309015111			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G. EVALUACION DEL A REFERENCIA/DERIVACION

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	TIPOLOGIA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.					4.				

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