## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

| IESS | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1421 | HOSPITAL BASICO CHONE | | 1311676686 | 621741 |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (M) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | H | D | M | A |
| TRIVIÑO | GARCIA | MARIA | VERONICA | | 05/02/1985 | 39 | | | | |

| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA |
|---|---|---|---|
| 0999882989 | CHONE | CHONE | CHONE |

| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |
|---|

REFERENCIA ☐ DERIVACIÓN ☐

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 resolutiva
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios VAL
001 X

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD |
|---|---|---|---|
| MSP | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | C EXTERNA | NEUROLOGIA |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON APP SALUD QUE EL DIA DE HOY SE VALORA REFIERE QUE UNAS SEMANA ESTA PRSENTADO DOLOR EL OJO DERECHO ADEMAS D DE CEFALEA POR LO QUE SE DECIDE TTO MEDICO FUE VALORADA POR OFTALMOLOGIA NO MEJORANDO SU CUADRO POR LO AMERITA VALORACUON NEUROLOGIA

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | G518 TRASTORNOS DEL NERVIO FACIAL | G518 | X | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| 28/01/2025 | 1200 | LUIS | GRACIA | CEDEÑO |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO |
|---|---|---|
| 803156108 | | Dr. Luis Gracia Cedeño MEDICO FAMILIAR |

## 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 | 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

## IAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

## TAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## S DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO |
|---|---|---|
| | | |

ADMISIÓN Y ESTADÍSTICAS IESS HOSPITAL CHONE

rm.053/2021