

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	CS 24 H JUNIN		C	1312397092		1312397092						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD			
MERA		PALMA		JHONNY		LIBALDO		H	21/12/1985	38	H D M A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0981601715 / PECHICHAL ADENTRO					X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABÍ					3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva					
CANTÓN					4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PARROQUIA					5. Problemas de infraestructura				X					
JUNÍN														
JUNÍN														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE INTERES. ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO TRASTORNO DE LA MARCHA DESDE HACE 16 MESES DE EVOLUCION, PRESENTA DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR EN LA PIERNA IZQUIERDA POR LO CUAL ADOPTA POSICION ANTALGICA PARA LA MARCHA. LASSAGE NEGATIVO Y BRAGARD NEGATIVO, EN ESTOS MOMENTOS MANTIENE TRASTORNO DE LA MARCHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF=		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNOS DE DISCOLUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA			M511	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
		14H00		RONALD		LOOR		QUIROZ			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO			
1312184177											

G. EVALUACION DE LA 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=		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.							4.			
2.							5.			
3.							6.			

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				SELLO			