

OS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ASIGNADO
Msp	1413	hos. Méndez	2	1312491219	1312491219
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Moro	Fernando	John	Elizabeth	F	1977
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD
0959838442				1987	38
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTÓN	PAYUNO	MOTIVO	
Florencia	Alfonso Florencia			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cadera de servicios.	

1. Accesibilidad geográfica.
2. Falta de espacio físico.
3. Falta de equipamiento.
4. Equipos en mal estado.
5. Problemas de infraestructura.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
Msp		consulta externa	neurólogo

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenino con síndromes neurológicos post AVE en miembros con parálisis de extremidades superiores inferiores por espasmos musculares

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

motorización por fisioterapia

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEP	CIE
1. Movilidad Reducida	2. 1409		X		1. Movilidad Reducida 1409
2. Oligo artroscopia de la mano	3. 1068				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/3/2026		Romulo	Munoz	Moro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMA	Hospital Basico San Andrés Dr. Romulo Munoz Morera Medicina General 1312022369		
1312022369	Romulo Munoz	Nº Registro: 1006 - 2017 - 125527		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ASIGNADO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (año-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEP	CIE

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO