

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		1246	CS TOSAGUA		C	1312491531		1312491531								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
CEDEÑO		CAMPOS		TAIS		FAVIANA		F	27/02/1986	24	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO							
0981614421 -		IESS GENERAL		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.									
				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.									
				3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive									
				4. Equipos en mal estado.		X	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
				5. Problemas de infraestructura.												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA													
MANABÍ	TOSAGUA		TOSAGUA													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO CON TTO CON LEVOTIROXINA 100mg UNATABLETA AL DIA, REFIERE EN VARIAS OCASIONES PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, ACOMPAÑADO DE LENGUAJE TROPELOSO, TINNITUS Y DOLOR MANDIBULAR, QUE DURO PROXIMADAMENTE 30-40 min, SEGUIDO DE PERDIDA DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO, NIEGA OTROS SINTOMAS, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACION NEUROLOGICA.

EXAMEN NEUROLOGICO: NEGATIVO.

Glicemia: 85.7 mg/dl, Creatinina: 0.77 mg/dl, Ac Urico 3.0 mg/dl, Urea 29 mg/dl; Colesterol 156.4 mg/dl, TAG: 232.8 mg/dl, VLDL: 46.56 mg/dl, TGO: 43.4 U/L, TGP: 17.4 U/L

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X		4.			
2. ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA ESPECIFICACION	G459	X		5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/01/2025	1.30 pm	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310509771				

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	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	