

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1312768102		1312768102					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GOMEZ		SALDARREAGA		MARIA		MERCEDEZ	M	1/1/1991	32	H	D	M	A
													X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
984859014							MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1 Accesibilidad geográfica		6 Problemas de abastecimiento						
					2 Falta de espacio físico		7 Insuficiencia de profesionales		X				
PROVINCIA					3 Falta de equipamiento		8 Inadecuada capacidad resolutiva		X				
CANTÓN					4 Equipos en mal estado		9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
PARROQUIA					5 Problemas de infraestructura								
MANABI					FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

III. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD SIN APP	
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 11 DIAS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, FOTOFOBIA, NAUSEAS	
ENSANCION DE HORMIGUEO EN HEMICARA IZQUIRDO ADEMÁS REFIERE ADORMECIMIENTO DE LA LENGUA	
EN LAS HORAS DESPUES REFIERE DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL CON DIFICULTAD DE SERRAR EL OJO IZQUIERDO	
ACTUALMENTE EN TARATMIENTO Y TERAPIAS PERO NO VE MEJORIA, Y REFIERE CEFALE MUY INTENSA	

IV. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

V. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL				G450		X	4.		
							5.		
							6.		

VI. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/9/2024	11:00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1312195694				

VII. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA				☐	REFERENCIA INVERSA				☐		

VIII. 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 ARCHIVO

IX. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

X. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

XI. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

XII. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

XIII. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
						4.			
						5.			
						6.			

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

XV. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO