



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
			CLÍNICA SANTA MARGARITA			1312850108						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELIZ		PARRAGA		MARÍA		ANDREA	M	37	H	D	M	A
												X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA ☐ DERIVACIÓN ☐								
				MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				1. Accesibilidad geográfica.								
				2. Falta de espacio físico.								
				3. Falta de equipamiento.								
				4. Equipos en mal estado.								
				5. Problemas de infraestructura.								
				6. Problemas de abastecimiento.								
				7. Insuficiencia de profesionales.								
				8. Inadecuada capacidad resolutive								
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD

[illegible]

E. DIAGNÓSTICO		PRE = PRESUNTIVO	DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.							4.					
2.							5.					
3.							6.					

FECHA (aaaa-mm-dd)		NORA (dd-mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA			SELLO		

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
		CLINICA SANTA MARGARITA	SEI	1312950108	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			2026-05-18

PACIENTE DE 77 AÑOS SIN APP, HACE 1 MES PRESENTA UNA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA POSTERIOR AL ESTAR EN ESTADO ETILICO. FAMILIAR REFIERE ENCONTRARLO DESMAYADO POR LO QUE ES TRASLADADO AL CENTRO DE SALUD TIPO C DE CHONE DONDE ATIENEN HERIDA Y ENVIAN A DOMICILIO, POSTERIORMENTE CURSA CON CEFALÉAS INTERMITENTES, MAREOS, COMPROMISO DE LA MARCHA, MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS LEVES, ATAXIA, DESORIENTACION QUE CEDEN POR SI SOLOS. FAMILIAR REFIERE QUE A LOS 7 DÍAS PRESENTA NUEVA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA, ES VALORADO POR MEDICO EN HOSPITAL DE CHONE Y ENVIADO A DOMICILIO, EL 2026/05/10 PACIENTE SE PRESENTA CON ALTERACION DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS POR LO QUE FAMILIAR DECIDE TRASLADARLO NUEVAMENTE AL HOSPITAL DE CHONE, AL MOMENTO DE SU LLEGADA PACIENTE ESTA IRRITABLE, CURSANDO CON DESORIENTACION E DONDE REALIZAN TOMOGRAFIA DE CEREBRO Y ENVÍAN A EMATOMAS SUBDURALES BILATERALES. POR FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA ES TRASLADADO A ESTA CASA DE SALUD.

17/05/2026: LEUCOCITOS 9090, HEMATÍAS 4540000, HEMOGLOBINA 12,8, HEMATOCRITO 39,6, PLAQUETAS 161000, N. GEMATÓCIDAS 74,1, UREIA 51,40, CREATININA 1,69

AGALDRATO SIMETICONA 10 ML POR VO DESPUES DE CADA COMIDA PARACETAMOL 1 G IV PRN INSULINA NPH 8 UI SC 10H00 (ANTES DE ADMINISTRAR ALIMENTOS) PREVIA VALORACION MEDICA QUETIAPINA 25 MG POR VO HS
PREVIA VALORACION MEDICA ENOXAPARINA 20 UI SC QD FUROSEMIDA 10 MG IV PRN AMLODIPINO 10 MG POR VO QD 10H00 CARVEDILOL 6,25 MG POR VO QD 19H00 LEVETIRACETAM 500 MG POR VO CADA 12 HORAS ACIDO
ALPROICO 250MG POR VO C12H PREGABALINA 75 MG POR VO QD LACTULOSA 10 ML VO CADA 8 HORAS ATORVASTATINA 40 MG VO QD

DIAGNÓSTICO		PRE - PRESUNTIVO	DEF - DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA				A419		X	4.			
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA NO ESPECIFICADA				N179		X	5.			
ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA				G934		X	6.			

TRATAMIENTO AMBULATORIO
MANEJO POR CONSULTA EXTERNA

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-18	15:00:00	JOCELYN	SALAZAR	VELEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	Dra. Jocelyn Salazar Vélez MÉDICO INTENSIVISTA N° REG. 13-08.324.10 INHMTI/P	

