

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA NRP	UNICÓDIGO 0MD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD USAPD	TIPOLOGÍA 0MD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1-312944265	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Zumbado	SEGUNDO APELLIDO Quispe	PRIMER NOMBRE Josselin	SEGUNDO NOMBRE Jimenez	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 1995/7/21
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0968421767		REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD 24	
CONDICIÓN EDAD (MARCAR) D M A	X				
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Bolton	CANTÓN Cato	PARRÓQUIA		
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.			MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Consulta externa	SERVICIO Endocrinología	ESPECIALIDAD
-------------------------	--	----------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente que ingresa por pérdida de conocimiento, desvanecimiento, taquicardia, paciente con antecedente de hipotirodismo, sicoma por accidente de tránsito

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TSM 0.1839 T4 7.40
T3 0.86

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVA	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2026/1/23	HORA (hh:mm) 11:10	PRIMER NOMBRE Victor	PRIMER APELLIDO Cabrera	SEGUNDO APELLIDO Barrera
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1302650423	FIRMA [Firma]	SELLO Dr. Victor Cabrera Barrera MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. C.O. 2176010-1002 N° 3844		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	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 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVA	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

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		