

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										
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD								
Morales	Palma	Kevin	Prene	M	18/05/1990	25								
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (PARTICULAR)										
0962575489				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>			H	D	M	A				X
H	D	M	A											
			X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO												
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
Manabí	Flaco Alvaro	Flaco Alvaro												
		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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.										

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta Externa	Neurología

SUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 25 años de edad, que refiere ya seis meses de cuadro clínico caracterizado por dolor a nivel occipital, cefalea intensa y dolor de cuello a nivel cervical con 2 meses de evolución que le dificulta conciliar el sueño y provoca sensación de mareo.

HELLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Paciente refiere ondas de choque y terapia neural.

AGNÓSTICO

Neuralgia y neuritis no especificado	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					
		M70.1	X		4.				
					5.				
					6.				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/02/2016	8:00	Tania	Torres	Ibarra
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
			Dra. Tania Torres MEDICO GENERAL C.C. 172230939H	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

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

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

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

SUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HELLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

AGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					
					4.				
					5.				
					6.				

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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