

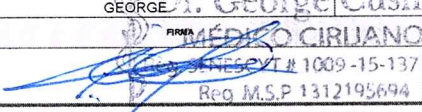
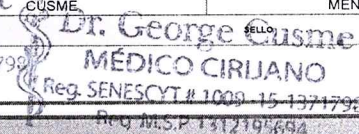
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1313174672		1313174672	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
LOPEZ		CEDEÑO		EDDY		JAVIER	05/04/1989	35	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
998848452				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA					
MANABI		CHONE		CHONE					
				1. Accesibilidad geográfica.		5. Problemas de abastecimiento.			
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		X	
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X	
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	
				5. Problemas de infraestructura.					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		CONSULTA EXTERNA	
		ESPECIALIDAD	
		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD CON APP HTA- ESCOLIOSIS. HIPOPLASIA RENAL UNILATERAL IZQUIERDA AQX MANGA GASTRICA HACE 1 AÑO	
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION. CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, FOTOFOBIA, NAUSEAS QUE LLEVAN	
VOMITO, MAS DIFULTAD PARA LA CONCENTRACION. ADEMAS REFIERE MAREAO.	
EN TRATAMIENTO CONVENCIONAL PERO NO SIENTE MEJORIA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Hemáticos * 5.44	
Hemoglobina 15.0	
Colesterol total 180.91	
Triglicéridos 65.81	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	MIGRAÑA CON AURA			G431		X	4.		
2.							5.		
3.							6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/08/2025	11:00	GEORGE		CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312195694					

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		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	FECHA (aaaa-mm-dd)
		DISTRITO	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	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	