



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	73641	HOSPITAL BÁSICO DE PEDERNALES DR. FRANCISCO VÁSQUEZ BALDA	11	1313541771	1313541771	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Zambrano	Rojas	María	María	F	11/5/1974	25
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
09945-23258			☒	☐	H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO		SEGURO SALUD PRINCIPAL	
Manabí Pedernales Pedernales			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		RIS-G RIS-C RISPA RISFA PRIV	
			6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
U.S.V.		Consulta Externa	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Se refiere a la salud que llega a consulta, sin antecedentes patológicos previos, con cuadro clínico de dolor de cabeza, náuseas, vómitos, pérdida de conciencia tipo parcial en región occipital - posterior de lado izquierdo. Al momento presente hemodinámico estable, consciente en tiempo, espacio y persona. Examen físico: Exp. físico en región del cuello, ruidos pulmonares a la vez.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Glóbulos Rojos 4.55 Hemoglobina 13.9 Hematocrito 41.4 Plaquetas 28.6 Glóbulos Blancos 7.67 Leucocitos 24.9 Neutófilos 21%

E. DIAGNÓSTICO
1. Estado Hipertensivo, no compensado 643 +
2.
3.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/02/11	15:30	Erick	Calero	Palma
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
13135307061		Dr. Erick Calero P. MÉDICO CIRUJANO C.I. 131353096-4 SENECOT 1000077-2551616		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN				
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	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 (año-mes-día)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO
1.
2.
3.

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		