

Fin
Resolución

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO ABRA		SEGUNDO APELLIDO COPPE		PRIMER NOMBRE LOZ VENIS		SEGUNDO NOMBRE SHIRLEY	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 13/10/96	EDAD 28	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0968569772					REFERENCIA X	DERIVACIÓN X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO					
PROVINCIA MANABI	CANTÓN F. XFOU	PARROQUIA F. DETDU		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.	

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente 28 años FEMENINO - APP de HTA controlado con GEORGE 160/125, DIABETES INSULINIZADA con LEVITACETAM 1000mg BID VO + LANTANIGINA 500mg BID. Con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2, Sin Seguros.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
Glucosa 4.33	Insulina 2.21	Hemoglobina 11.7	Hemoglobina glicosilada 8.7
Urea 1.75	Albúmina 0.14	Plaquetas 258	

E. DIAGNÓSTICO							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
GALEPSIA w. ESPECIES	GALEPSIA	G904	X				
GALEPSIA MÚLTIPLE (OTROS TIPOS) DEL GALEPSIA	GALEPSIA	G938	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (dd-mm-aa) 30-03-2015	HORA (hh:mm) 10:15	PRIMER NOMBRE Rómulo	PRIMER APELLIDO Montalvo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 2-7-11587		FIRMA	SEGUNDO APELLIDO Pulecio

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SEGUNDO APELLIDO