

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1314164789	1314164789					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MEDRANDA	SANCHEZ	BRITANI	BETZABETH	F	01/01/2005	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0987591199 / 0969915932		X								
		MOTIVO								
		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 resolutive		X						
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVIL"	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 21 AÑOS CON APP, EPILEPSIA CON TTO. LAMOTRIGINA 100mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS, ESCITALOPRAM 20mg UNA TABLETA EN LAS MAÑANAS Y AMITRIPTILINA 25mg ,
REFIERE QUE TODO HA PASADO DESPUÉS QUE LE OPERARON LA APÉNDICE Y POR LA ANESTESIA QUEDO CON SECUELA DE HEMIPARECIA DERECHA..
SECUNDARIO A LOS PARCHE HEMÁTICO PARA DISMINUIR LAS CEFALÉAS POST ANESTESIA... ESTUVO EN UCI Y FISIOTERAPIAS POR PARÁLISIS DE MIEMBROS INFERIORES DESDE HACE 2 AÑOS
PERO AÚN PRESENTA PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD EN ZONA LUMBAR -ABDOMINAL Y MI DERECHO Y DISMINUCIÓN DE LA FUERZA DE LA MANO IPSILATERAL...
AL MOMENTO EN ESCSGs, CONCIENTE Y ORIENTADA EN T.E.P. TAMBIÉN REFIERE INCONTINENCIA URINARIA OCASIONAL Y SE LA NOTA CON LABILIDAD EMOCIONAL. SIGNOS VITALES NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AÚN PRESENTA PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD EN ZONA LUMBAR -ABDOMINAL Y MI DERECHO Y DISMINUCIÓN DE LA FUERZA DE LA MANO IPSILATERAL...
Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA O DEAMBULACIÓN FLUIDA...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LA	R268		X	4.			
2. RADICULOPATIA	M541	X		5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/04/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	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
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		