

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		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALEZ ALAVA	II	1314296177		17112					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCA)		
MANZABA		FLORES		ADRIANA		GALUD	F	28/02/2008	19	H	D	M
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
0990837317// 0986224473				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.		X				
MANABI		JUNIN		JUNIN		8. Inadecuada capacidad resolutive.		X				
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CAIDA DE UNA ESCALERA LA CUAL FUE INGRESDA ES ESTA CASA DE SALUD; EN LA CUAL SE EVIDENCIO UNA CONTUSION CEREBRAL, ACTUALMENTE A PESAR DE TRATAMIENTO CON CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA PULSATIL CON MAYOR INTENSIDAD EN REGION FRONTAL; PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE SI COLABORA CON EL INTERROGATORIO AFEBRIL. GLASGOW 15/15. SE DA ALTA Y SE SOLICITA VALORACION POR NEUROLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EM TOMOGRAFIA CONTUSION CEREBRAL

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE
1.	CEFALEA VASCULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	G441		X	4.		
2.	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	S069		X	5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
,2025/09/08	10:00	MARCOS		AZUA		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1311550667							

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE
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	

ARJ
A
X

V

DEF

DEF

RSA