

A

ISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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			HNNH		1314311240		1314311240					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CENTENO	ZAMBRANO		TATIANA		MAGALY	M	16/06/2005	20	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
990012515								1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA						X			
MANABI	ROCAFUERTE		ROCAFUERTE									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

PCTE ADULTA JOVEN ACUDE A LA CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU MAMA QUIEN INDICA LA TRAE PORQUE SU HIJA SE CAE CUANDO CAMINA, REFIERE QUE CUADRO COMENZO DESDE LOS 14 AÑOS ELA NOTO QUE EMEPEZABA A TROPEZARSE Y CAERSE, DESDE ESE ESE ENTONCES HA IDO PROGRESANDO NUNCA LA HA VALORADO NEUROLOGIA, A ESTADO EN VARIAS OCASIONES EN UNIDADES DE SALUD EN DONDE HAN ENVIADO ESTUDIOS DE IMAGEN QUE NO SE HA PODIDO REALIZAR

PCTE CON LEVE DISARTRIA, REFIERE QUE SIENTE QUE PIERDE LAS FUERZAS Y LAS PIERNAS SE DESVANECES, NO PUEDE CAMINAR SOLA, A MENOS DE UNA CUADRA AUN CON AYUDA SE CAE. NO FUMA, NO BEBE, NO DROGAS.

INDICA QUE EN EL COLEGIO ANTES DE ESO ERA NORMAL, NIEGA CONVULSIONES, MAMA E HIJA CON LABILIDAD EMOCIONAL QUIERE SABER QUE PATOLOGIA TIENE, TENER UN DIAGNOSTICO, LLANTO FACIL AL MOMENTO DE LA CONSULTA

SE REALIZA EXAMEN NEUROLOGICO, FUERZA CONSERVADA EN MIEMBROS SUPERIORES, DIFICULTAD PARA LA MARCHA, PRUEBA DE ROMBERG POSITIVA,

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE 10	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	ATAXIA NO ESPECIFICADA	R270	X		4.		
2.	OTRAS ALTERACIONES DEL HABLA Y LAS NO ESPECIFICADAS	R478		X	5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/01/2026	9:00	XIMENA	DELGADO	MORA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	

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	

