

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	1410	H BAGA	B	1314400191	1314400191
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO	CEDEÑO	MARIA	LISBETH	M	9/10/2006
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
//0980298101//				18	H D M A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				REFERENCIA	DERIVACIÓN
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA		X	
MANABI	BOLIVAR	CAJCETA			
1. Accesibilidad geográfica				MOTIVO	
2. Falta de espacio físico				6. Problemas de abastecimiento	
3. Falta de equipamiento				7. Insuficiencia de profesionales	
4. Equipos en mal estado				8. Inadecuada capacidad resolutiva	
5. Problemas de infraestructura				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	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR NOS REFIERE QUE HACE MAS MENOS 3 AÑOS LE DIAGNOSTICARON UN QUITE A NIVEL CEREBRAL LA CUAL NO AH LLEVADO SEGUIMINETO AL MOMENTO NOS REFIERE QUE PRESENTA CEFALEA MAS FRECUENTE POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. QUITE CEREBRAL	Q930	X			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-31	10:00 a. m.	MARCO	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	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 (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.

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

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	