

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                        | 1314497296                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1314497296        |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE           | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| HOLGUIN                               | CEDEÑO            | MANUEL                              | ANTONIO                  | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 11/12/1989        | 36   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                          | DERIVACIÓN               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |      |                         |   |   |   |
| 0939912810 / 0997975027               |                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   |                                     |                          | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   |                                     |                          | <div><div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div></div><div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y MEDICAMENTO / INSUMOS</div></div></div> |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                             |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| M.S.P                   | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PCD MASCULINO DE 36 AÑOS CON APP DISCAPACIDAD PSICOCIAL 72% x TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SIN PRESENCIA DE PARIETAL IZQUIERDO + EPILEPSIA...

APQx: CRANECTOMIA DESCOMPRESIVA, AUSENCIA DE PARIETAL IZQUIERDO, DEJANDO SECUELA IRREVERSIBLES COMO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS...

AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES... SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES... SE REALIZA REFERENCIA SOLICITADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AUSENCIA DE PARTE DEL HUESO TEMPOROPARIETAL IZQUIERDO, SIGNOS VITALES NORMALES.

| E. DIAGNÓSTICOS                                        | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------|--------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
| 1EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICAD                        | G409   |            | X          | 4 |        |     |     |
| 2SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL                  | T905   |            | X          | 5 |        |     |     |
| 3OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LES | F068   | X          |            | 6 |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |               |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)  | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 09/02/2026                            | 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       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |