

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES			1315262277		1315262277							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ROMERO		QUIROZ		MARÍA		BELÉN		F	23/7/2002	22	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO							
961577567				x				6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive							
Manabí		Flavio Alfaro		Flavio Alfaro				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
								X							
								X							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP.		Hospital Napoleón Dávila Cordova		Consulta externa		Neurología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 22 años de edad. App. De Cefalea con Migraña. Acude por emergencia por presentar cuadro de cefalea holocraneana de tipo no especificada. Dolor que no ceden a medicación antiinflamatoria y analgésica motivo por el cual consulta. Al examen Físico Afebril cuello SP no Adenopatías. Tórax Sp simétrico Cps Ventilados y Claros RsCs Rítmicos y normales Abdomen Blando y depresible no megalias o masas, no doloroso Ruidos Hidroareos Audibles . extremidades simétricas Sp sin deformidad o masas palpables. signos vitales Presión 126/80 pulso 85 T36.8° Sat97% resp 17x GLASGOW 15/15. Se requiere Valoración por Traumatología.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Tac de cerebro
valoración por neurólogo
estudios complementarios adicionales

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Cefalea de tipo no especificada	R51	X		4.	Cefalea de tipo no especificada	R51	X
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
27/2/2025	19:00	Rómulo		Muñoz		Moreira	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1312022369		Dr Rómulo Muñoz Medicina General					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		REFERENCIA INVERSA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA							

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			