

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			
MSP		1312	CENTRO DE SALUD PAVON			1315379444			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NAC
SOLORZANO		MENDOZA		GEMA		MARIA		F	10/07/1
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		
					MOTIVO				
0982563061					1. Accesibilidad geográfica.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					2. Falta de espacio físico.				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.				
MANABI		CHONE		RICAU RTE	4. Equipos en mal estado.				
					5. Problemas de infraestructura.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOBA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD CON APP: EPILEPASIA TRATADA CON ÁCIDO VALPROICO PERO CON ABANDONO DE TRATAMIENTO HACE 10 AÑOS, ACUDE / REFERENCIA POR CUADRO DE HACE 1 MES CARACTERIZADO POR HEMIPARESIA FACIAL DERECHA QUE FUE PROGRESANDO A HEMIPARESIA FACIO BRAQUIOCRURAL DERECHA. EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOBA DONDE SE TRATA COMO PARALISIS FACIAL Y SE TRATA CON COMPLEJO B Y OTRA PASTILLA QUE NO RECUERDA, PACIENTE REFIERE QUE EN EL EXAMEN FÍSICO SE REALIZA ESCALA DE CINCINNATI SE OBSERVA CAÍDA FACIAL, INCAPACIDAD DE LEVANTAR BRAZO DERECHO E INCAPACIDAD DE MANTENERLO, EL LENGUAJE EN LA ESCALA DE CINCINNATI POSITIVA 2/3, AL MOMENTO SIGNOS VITALES ESTABLES. SE SOLICITA REFERENCIA A NEUROLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ESCALA DE CINCINNATI POSITIVA 2/3

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		
1.	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		I694		X	4.	
2.						5.	
3.						6.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
19/03/2025		JAVIER		BUENAVENTURA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1313606327					

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
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		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	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	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			

NÚMERO DE ARCHIVO					
1315379444					
IMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
		H	D	M	A
994	30				
niento. onales. resolutiva ón en la cartera de servicios X					

ESPECIALIDAD
NEUROLOGIA

A CENTRO DE SALUD PARA SOLICITAR :CHA, DISARTRIA, ACUDE A EMERGENCIA E DETERIORO Y DISNEA AL MOMENTO, AL IGUAJE SE ENCUENTRA NORMAL ESCALA

--

	CIE	PRE	DEF

SEGUNDO APELLIDO
LOOR
SELLO

SI	NO
----	----

NÚMERO DE ARCHIVO

IA (aaaa-mm-dd)

	CIE	PRE	DEF

SEGUNDO APELLIDO
SELLO