MINISTERIO 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	4443	CS ROCAFUERTE	B	1315501880	1315501880

PRIMER APELLIDO	LOOR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
Santos	Vergara	Holanda	Hemegelina	F	1952-01-08	74				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
O978860697/0963117633	

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE

REFERENCIA X DERIVACIÓN

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X
5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO HOSPITAL ESPECIALIDADES	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GERIATRIA

Paciente adulta mayor femenina de 74 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con carvedilol 25 mg y antecedente de ACV isquémico en 2018. Niega antecedentes quirúrgicos y alergias medicamentosas conocidas.Acude a consulta acompañada por sobrino, quien refiere que previo al ACV la paciente presentaba discapacidad intelectual, pero era independiente para actividades básicas. Posterior al evento isquémico quedó con dependencia total para actividades de la vida diaria. Refiere episodios mensuales de náuseas que progresan a vómito (un episodio), con contenido alimentario. Refiere intolerancia a ciertos alimentos y alteración del patrón evacuatorio, desc ribiendo heces tipo Bristol 5. Niega fiebre u otros síntomas asociados.Actualmente no controla esfínteres.Presenta afasia motora y hemiplejia braquiocrural derecha.Paciente con discapacidad neurológica severa.Hemodinámicamente estable.A febril.Afasia motora.Hemiplejia braquiocrural derecha.Dependencia funcional total. Incontinencia de esfínteres. Análisis Secuelas neurológicas c rónicas secundarias a ACV isquémico (2018): hemiplejia braquiocrural derecha, afasia motora, incontinencia,dependencia total.Hipertensión arterial en tratamiento.Síndrome geriátrico de dependencia funcional severa.Episodios recurrentes de náuseas y vómito, probable etiología gastrointestinal (descartar intoleranc la alimentaria, dispepsia, gastroparesia, trastorno de deglución post ACV). Alteración del patrón evacuatorio (Bristol 5) Plan referencia a Geriatría para valoración geriátrica integral (evaluación funcional, cognitiva, nutricional, social y

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HEMIPLEJIA ESPASTICA	G811		x	4.	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X
2.	DISFASIA Y AFASIA	R470		X	5.				
3.	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ES PECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694		X	6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO APELLIDO
11/02/2026	11:12 AM	LEIDY	MANZO	MOREIRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1310900947		Firmado electrónicamente por: LEIDY ELIZABETH MANZO MOREIRA Validar únicamente con FirmaEC

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

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