

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					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1315512218	1315512218					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BASURTO	DOMINGUEZ	EMERITA	ALEJANDRINA	F	17/05/1936	75	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	MOTIVO					
0992297948 0998142006		MSP		X	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA	X X X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA TRAIDA POS SU HERMANOS POR SOLICITUD DE CALIFICACION DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE HTA. DM. AL EXAMEN FÍSICO DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO REFIERE FAMILIARES QUE PRESENTA PERDIDA DE LA MEMORIA, HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION MAS ALUCINACIONES VISUALES, NO RECUERDA QUIENES SON LAS PERSONAS SU ALREDEDOR, PACIENTE ACUDE EN SILLA DE RUEDAS REFIERE FAMILIARES QUE DEJO DE CAMINAR HACE 2 MESES SI NINGÚN ANTECEDENTE ADEMAS PRESENTA DOLOR DE RODILLAS DE MODERA INTENSIDAD. SE REALIZA REFERENCIA A

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	F03	X				
2. ORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPE	R268	X				
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/09/2025		CINTHYA	MENDOZA	SOZA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309733671			DISTRITO DE SALUD 13D12 Dra. Cinthya Mendoza Soza Medico General	

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	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	CIE	PRE	DEF
1.					
2.					
3.					

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	