

Bono

DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																																																	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA																																									
MSP		1314		HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II		1315519601																																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO																																									
Zambrano		Mondragon		Ingard		Alejandra		29																																									
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO																																									
0969028023		Finca Abao San Pablo						☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☒ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Insuficiente capacidad resolutoria ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																																									
PROVINCIA		CANTÓN		MOTIVO		DERIVACIÓN		MOTIVO																																									
Manabí		Finca Abao		San Pablo																																													
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA																																																	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD																																											
MSP		H. Hospital David		Neurología		Neurología																																											
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO																																																	
Paciente femenina de 29 años de edad, refiere dolor con intensidad moderada, en la zona occipital con sordera durante el día, en tratamiento por ansiedad con sertralina hace más de un año, valoración neurológica. SS. sin otros síntomas y examen físico normal.																																																	
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS																																																	
Examen físico normal																																																	
E. DIAGNÓSTICO																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OTROS TRASTORNOS ANSIEDIOSOS</td> <td>F413</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OTROS TRASTORNOS ANSIEDIOSOS	F413	X																											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																								
OTROS TRASTORNOS ANSIEDIOSOS	F413	X																																															
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																																																	
FECHA		HORA		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																																									
2025/09/18		12h20		Cedeno		Florez		Juan Flores																																									
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA																																									
0912634516																																																	
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																																																	
REFERENCIA JUSTIFICADA					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		TIPOLOGÍA		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 (año-mes-día)																																											
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO																																																	
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS																																																	
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS																																																	
F. DIAGNÓSTICO																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																								
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE																																																	
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																																																	
FECHA		HORA		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO																																									