

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1315757052			1315757052					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERA		VARGAS		ANDREA		GABRIELA		F	14/01/1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN ☐							
0996931338 / 0997565719					MOTIVO 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. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☒ ☒ ☐									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	CHONE		CHONE											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD CON APP ACCIDENTE DE TRANSITO (TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO)
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, FOTOFOBIA, NAUSEAS QUE LLEVAN VOMITO, MAS DIFULTAD PARA LA CONCENTRACION, ADEMAS REFIERE MAREAO, SENSACION DE HORMIGUEO EN HEMICARA IZQUIERDA,
ADEMAS REFIERE ESPORADICAMENTE DOLOR INTENSO TIPO PULSATIL EN REGION TEMPORO OXIPITAL QUE EN UNOS MINUTOS DESAPARECE QUE NO SEDE A MEDICACION CONVENCIONAL LA CUAL SE HA VENIDO AGUDISANDO.

1.	MIGRAÑA CON AURA	G431		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/08/2025	11:00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312195694		GEORGE C		

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA									REFERENCIA INVERSA						

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	