

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	1245	CS 24 H JUNIN	C	1315950012	1315950012												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
LOPEZ	MENDOZA		MARCELO		ELIEL	H	11/06/2010	15	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN												
0960654950 - 0981623164 / Ciud. Santo Domingo				☒													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO													
PROVINCIA				CANTÓN				PARROQUIA				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.		
MANABI				JUNIN				JUNIN				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		
												3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		
												4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
												5. Problemas de infraestructura			☒		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital Napoleon Davila	consulta externa	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años de edad, sin app de interes. Acude a consulta refiriendo que desde hace 1 años presenta cefalea acompañada por parestesia de la hemicara, vomitos, precedida de dificultad en la concentracion y perdida momentanea en la nocion de la realizacion de la actividad que esta ejecutando.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.		G431 MIGRAÑA CONAURA [MIGRAÑA CLASICA]	G431	☒	4.			
2.		EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	G403	☒	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	9:44	RONALD	LOOR	QUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA SELLO		
1312184177				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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=	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		