

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		1413	Hospital Basco San Andres		II	1315970903		1315970903						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano		Mero		Anahi		Jamileth		M	04/02/2010	14	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO				
992580241										6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA										8. Inadecuada capacidad resolutive				
CANTÓN										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PARROQUIA														
Manabí					Flavio Alfaro		Flavio Alfaro							
					1. Accesibilidad geográfica.									
					2. Falta de espacio físico.									
					3. Falta de equipamiento.									
					4. Equipos en mal estado.									
					5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital Napoleón Dávila Córdova		CONSULTA EXTERNA		Neurología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente Femenina De 14 años edad . APP.traumatismo no especificado de la cabeza hace 15 días. Acude por cefaleas continuas holocraneanas ,vertigo y mareos de 15 días de evolución. Al examen Físico: Cabeza Normocefalo , Cuello simétrico Sin Adenopatías . Tórax simétrico sin adenopatías campos pulmonares ventilados. ruidos cardíacos , rítmicos normofonéticos extremidades Simétricas sin edemas sin masas palpables o adenopatías. Al momento hemodinamia estable orientada tiempo y espacio colabora con el interrogatorio

SIGNOS VITALES PRESIÓN. 130/78 MMHG T 36.7 Pulso 87x Respiración 20 Saturación 98% al ambiente escala Glasgow 15/15. proteinuria - negativo . Se requiere valoración por la especialidad de Neurología.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

tac craneo y cerebro en espera de revisión con neurología

examen neurológico

valoracion por neurología.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Cefalea tipo no especificada de origen vascular	R519	X		4. cefalea tipo no especificada de origen vascular	R519	X
2.				5.		
3.				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
16/10/2024	12:00	Rómulo		Muñoz		Moreira	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1312022369		Dr. Rómulo Muñoz Medicina 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 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			