

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECRO		A	1316209640								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BARRE		RINCON		MARIUXI		MARLEN		F	18-04-1988	37	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0994681216		MSP		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABÍ		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutiva								
								X						

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

ADULTO JOVEN CON APP DE DISCAPACIDAD FISICA SEVERA, ENFERMEDAD DE HUNTINGTON, DEPENDENCIA TOTAL PARA LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA COMO USO DE RETRETE, DIURESIS, CATARSIS, ALIMENTACION. LLEVABA TRATAMIENTO CON MEDICO NEUROLOGO PERO DEBIDO A EFECTOS DE MEDICACION SU FAMILIAR YA NO LE ADMINISTRA LA PRESCRIPCION, EXAMEN FISICO: PA 120/80 FC 80 FR 20 SP02 99 %. CABEZA EN LA FRENTE SE EVIDENCIAN CICATRICE, SU HABLA ES ENTENDIBLE PERO PRESENTA DIFICULTAD. RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, EXTREMIDADES PRESENTAN MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION SUBSECUENTE POR MEDICO ESPECIALISTA.

1.	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	G10		X	4.			
2.	PROBLEMA RELACIONADO CON LA LIMITACION DE LA ACTIVIDAD FISICA DEBIDO A	Z736		X	5.			
3.	DISCAPACIDAD				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/07/2025	16:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1308639879				

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	