

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		1246	CS TOSAGUA		C	1316730132		1316730132					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR		BRAVO		BRYAN		JAIRO	M	27/08/2000	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0967798797 - 0983992484		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		X				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X	8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				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 NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO CON AP DE SALUD APARENTE, SUFRIO TRAUMA CRANEOENCEFALICO DIC 2022, POR TAL MOTIVO, REFIERE DIFICULTAD EN MANTENER EL EQUILIBRIO SOBRETOD0 DE LADO DERECHO, NO PUEDE SALTAR O CORRER, DIFICULTAD PARA LEVANTAR EL BRAZO DEL MISMO LADO, COMPRENDE LO QUE SE LE PREGUNTA, HABLA MUY BIEN, REFIERE ADEMAS, ANSIEDAD CUANDO ESTA CON MUCHAS PERSONAS Y/O HAY BULLA. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA SUBSECUENTE PARA DETERMINAR SI HAY ALGUN DAÑO REVERSIBLE O NO. EN LA ACTUALIDAD SE ENVÍA FISIOTERAPIA.

SNC: SE OBSERVA HEMIPLEJIA DERECHA, DIFICULTAD PARA LEVANTAR EL BRAZO Y LEVE MARCHA GUADAÑANTE. COOPERA AL INTERROGATORIO, HABLA Y COMPRESION CONSERVADA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. SECUELAS DE TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CABEZA	T909		X	4.			
2. HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA	G819		X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/09/2025	1.50 pm	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310509771				

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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