

A+A1: CASO. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1410	HAGA		B	1350003594		40588			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDADES (AÑOS)
BASURTO		GAON		ESTHEFANY		MABEL		F		15	H D M A
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
985742246		X				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. Ineficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		☐ X ☐ X ☐ X			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI	BOLIVAR	CALCETA									
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD					
MSP				CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA					
C. CUADRO CLÍNICO											
Paciente de 15 años con cuadro clínico de mas de 1 mes de evolución que se caracteriza por cefalea intenso, pulsátil y a menudo unilateral, que se acompaña de náuseas que llegan al vómitos, sensibilidad a la luz y al ruido. Al examen físico con palidez generalizada. signos vitales normales. orientada en tiempo y espacio glasgow 15/15.											
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS											
TOMOGRAFIA NORMAL											
E. DIAGNÓSTICO											
PRE-EXISTENTE		DEFINITIVO		CE	PRE	DEF			CE	PRE	DEF
1. CEFALEA VASCULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		G441			X	4.					
2.						5.					
3.						6.					
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE											
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh-mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
2025/08/04		10:00		MARCOS		AZUA		CEDENO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO							
1311550667											
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		TIPOLOGÍA	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 EN FÍSICOS											
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS											
F. DIAGNÓSTICO											
PRE-EXISTENTE		DEFINITIVO		CE	PRE	DEF			CE	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							