

DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	2812	HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO	3 NIVEL	1203224954	1303224954
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Rojas	Allauca	ADAN	Burbano	M	12/04/1975
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
8238889 / 0991283701			☒	☐	H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
Chila	Sto Domingo	Sto Domingo			

DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta Externa	Neurología

DEL CUADRO CLÍNICO

ante que curso por hemiparesia + disminución de la fuerza
 en el miembro derecho de la cabeza en eventos cerebro
 que a nivel de rehabilitación física

DE LOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

de Cerebral. Imagen MPRobniza + Encefalo molac en lóbulo
 frontal izquierdo

STICO

PRE-PRESENTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Insult cerebrovascular no traumático		I69					
Revascularización		I10					

DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024	10:30		Concha	Salazar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
10823476			 DR. JUAN CUADROS MEDICO POSGRADISTA C.R. 1310823636	

CIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

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

DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

N DEL CUADRO CLÍNICO

DE LOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

MIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

STICO

PRE-PRESENTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

MIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	