

FN 26-04-1975

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 281	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO	TIPOLOGÍA 1000L	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER NOMBRE García		PRIMER APELLIDO Macedo		FECHA NACIMIENTO 26-04-1975	SEXO M
TELÉFONO (CÓDIGO + DÍGITO)		CORRESPONDENCIA (MARCAR)			
0993819638		☒ E ☐ M ☐ A			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Sto Domingo		MOTIVO			
CANTÓN nro Sto Domingo		☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Estado de mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Insuficiencia capacidad operativa. ☐ 9. Ausencia de capacitación en la carrera de servicios.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Neumología	ESPECIALIDAD
--------------------------------	--	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente con A7 de larga data; con persistencia del dolor + fusas de Trastorno convulsivo.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

seguir evaluación integral por Neumología

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRINCIPAL	PRINCIPAL	SECUNDARIO	OTRO	PRE	DEF	OTRO	PRE	DEF
	Ataques Epilepticos (4069)							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	NOMBRE	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
			Dr. Rafael Peña	Medico - Internista
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1759514035		1759514035		

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

--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRINCIPAL	PRINCIPAL	SECUNDARIO	OTRO	PRE	DEF	OTRO	PRE	DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--	--	--	--	--	--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	NOMBRE	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		