

55C

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA <i>Ministerio de Salud Pública</i>		UNICÓDIGO <i>141</i>	ESTABLECIMIENTO DE SALUD <i>CS 24 h Juv</i>	TIPOLOGÍA <i>C</i>	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA <i>1754338539</i>	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO <i>Polina</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Moreira</i>	PRIMER NOMBRE <i>Indy</i>	SEGUNDO NOMBRE <i>Yolimar</i>	SEXO <i>M</i>	FECHA NACIMIENTO <i>11/04/90</i>	EDAD <i>15</i>	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) <i>0987564310</i>			REFERENCIA <i>5.110 Andarivel De Souza</i>	DERIVACIÓN MOTIVO ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA <i>Moreira</i> CANTÓN <i>Juv</i> PARROQUIA <i>Juv</i>	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 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 <i>Ministerio de Salud Pública</i>	ESTABLECIMIENTO DE SALUD <i>Clinica Esteta</i>	SERVICIO <i>Requisitos</i>	ESPECIALIDAD
---	---	-------------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 15 años de edad, por APP de istius. Acude a consulta refiriendo la caída que se vivió cuando estaba bañándose y no pudo levantarse de 20 minutos de duración dada por temblores involuntarios espontáneos de la extremidad superior izquierda acompañada de llanto facial y sensación de angustia por pérdida de la conciencia transitoria que desaparece por problemas similares con el padre.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. <i>Convulsión Disociativa</i>			<i>F44.1</i>	<i>X</i>		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) <i>25/09/14</i>	HORA (hh:mm) <i>9:18</i>	PRIMER NOMBRE <i>Rodrigo</i>	PRIMER APELLIDO <i>Lozano</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Quirós</i>
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <i>131284193</i>	FIRMA <i>[Firma]</i>	SELLO <i>Dr. Ronald Lozano Quirós ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR SECCIÓN CLÍNICA</i>		

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-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		