



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	001414	Convento	CS	1313017251								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Cedeño	Carrasco	Grimaldo	Vitero	H	05-08-1984	40	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0986658845		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130353	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS APP: EPILEPSIA DESDE 1 AÑO Y 10 MESES EN TTO CON CARBAMAZEPINA DE 400MG QD- ANSIEDAD Y DEPRESION EN TTO CON SERTALINA 50MG 1 EN LA MAÑANA. AQX: CRANEOTOMIA POR HEMATOMA SUBDURAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO INGRESADO EN SERVICIO DE UCI . CON SECUELAS DE TRAUMA INTRACRANEAL ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA MAREOS HEMIPARESIA BRAQUIO CRURAL IZQUIERDA AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- AFEBRIL AL MOMENTO. AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALICA; MUCOSAS; NORMOCOLOREADAS Y SEMIHUMEDAS; CUELLO: SIMÉTRICO- SIN ADENOPATÍAS; TORAX: SIMETRICO; CAMPOS PULMONARES: CLAROS Y VENTILADOS EN AMBOS CAMPOS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS - NO SOPLOS; ABDOMEN:BLANDO- DEPRESIBLE- SUAVE- NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL- RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES; EXTREMIDADES:SIMÉTRICAS- SIN EDEMAS. ORIENTADA EN SUS ESFERAS NEUROLÓGICAS- COLABORA CON EL INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUROLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE EN ESTUDIO POR SERVICIO DE NEUROLOGIA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE NEUROLOGIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Epilepsias		G408		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-10	08:56	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310675093				

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 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	