



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	Canuto	CS	2300645542							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Alava	Intriago	Erika	Elena	M	20-06-1999	26	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
099-552-0247		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
13	1303	130352	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 FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A S U TERCER CONTROL POSTPARTO. APP: EPILEPSIA TRATADA CONLEVETIRACETAM. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: CESAREA SEGMENTARIA HACE UN MES APF:HTA. ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS:G:2- P:0- C:1- A:1. ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. PACIENTE REFIERE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA- SIN DOLORMAMARIO- NI FIEBRE NI SIGNOS DE MASTITIS. INVOLUCIÓN UTERINA ADECUADA- YA NO REFIERE SANGRADO - SIN SANGRADOEXCESIVO NI MAL OLO. CICATRIZ DE CESÁREA EN BUEN ESTADO- . AFEBRIL- PACIENTE REFIERE QUE TUVO S U ULTIMA CONVULSIONEL 02/03/2025 - SOLICITA SI SE LE PUEDE REALIZAR REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEONDAVILOA CORDOVA - HA TENIDO CONVULSIONES A REPETICION - EXAMEN FÍSICO: PACIENTE ALERTA- EN BUEN ESTADO GENERAL-ABDOMEN BLANDO- ÚTERO INVOLUCIONANDO- MAMAS TURGENTES SIN ALTERACIONES- EXTREMIDADES SIN EDEMAS NI SIGNOS DETVP. SIGNOS VITALES: TA 120/70. FC:88. T: 36.5. FR:19. SAT:98. SCORE MAMA: 0. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA Y SALUDMENTAL POSPARTO: NEGATIVO. SE BRINDA CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA- SIGNOS DE ALARMA- HIGIENE- NUTRICIÓN EN ELPUERPERIO- IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. SE INDICA SIGNOS DE ALARMA A VIGILAR-SE RECOMIENDA MANTENER CONTROLES MÉDICOS. SE PRESCRIBE HIERRO + ACIDO FOLICO. PACIENTE REFIERE QUE SE COLOCO LA TDE COBRE EL 21/05/2025.SE CITA A CONTROL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.48 10⁶/?L 4 - 6 HEMOGLOBINA 13.1 G/DL 13 - 17 HEMATOCRITO38.8 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 86.7 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 29.2 PG 27 - 31CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 33.8 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDWC) 12.9 % 11.5 - 15.5 ANCHO DEDISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDWJS 42.4 ?M³ PLAQUETAS 283 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.32 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIOMEDIO (MPV) 11.5 ?M³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 16.3 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 10410³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 36.6 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 9.61 10³/?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 47 % 25 -40 NEUTRÓFILOS (%) 42.6 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 6.9 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 3 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.5 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 4.5210³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 4.09 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.66 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.29 10³/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#)0.05 10³/?L 0 - 0.2

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Otras Convulsiones Y Las No Especificadas	R568		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-30	11:42	Diana	Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351725732				

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	