



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	Ricaurte	CS	0707109526							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Alava	Cedeño	Jose	Alejandro	H	23-07-2010	14	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0985411350		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	130356	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 14 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 81%- ACUDE A CONTROL MEDICO GENERAL ACOMPAÑADO DE SU PADRE EL CUAL REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE CRISIS CONVULSIVA POR LO QUE LO LLEVA POR EMERGENCIA Y PERMANECE INGRESA 1 DIA- CUANDO SE DA EL ALTA SE DAN INDICACIONES PARA SACAR CITA CON NEUROLOGIA. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA TRATADO CON ACIDO VALPROICO 12 ML CADA 8 HORAS Y RISPERIDONA 7 GOTAS CADA DIA- PADRE NIEGA SINDROMES FEBRILES NI EXANTEMATICOS- PACIENTE AL MOMENTO ACTIVO- REACTIVO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- COPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA 3. HIDRATACION 4. MEDICACION HABITUAL 5. REFERENCIA A NEUROLOGIA 6. CONTROL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 81%- ACUDE A CONTROL MEDICO GENERAL ACOMPAÑADO DE SU PADRE EL CUAL REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE CRISIS CONVULSIVA POR LO QUE LO LLEVA POR EMERGENCIA Y PERMANECE INGRESA 1 DIA- CUANDO SE DA EL ALTA SE DAN INDICACIONES PARA SACAR CITA CON NEUROLOGIA. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA TRATADO CON ACIDO VALPROICO 12 ML CADA 8 HORAS Y RISPERIDONA 7 GOTAS CADA DIA- PADRE NIEGA SINDROMES FEBRILES NI EXANTEMATICOS- PACIENTE AL MOMENTO ACTIVO- REACTIVO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- COPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA 3. HIDRATACION 4. MEDICACION HABITUAL 5. REFERENCIA A NEUROLOGIA 6. CONTROL

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Epilepsia Tipo No Especificado		G409		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-18	09:37	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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	