



| 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                               | 1352851446                       |                   |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                               | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |   |   |   |  |
| Moreira                                                     | Villalva         | Rosa                         | Margarita                        | M                                | 23-04-2018        | 7                                  | H                                                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                              |                                  |                                  |                   |                                    |                                                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| 0981132304                                                  |                  | 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                      |   | X |   |  |
| 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 | Pediatría    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINO DE 7 AÑOS DE EDAD APP EPILEPSIA NO CONTROLADA . CON RETRASO DE LEGUAJE PSICOMOTOR AL MOMENTO AFEBRIL- ESTABLE- ACTIVA- ELECTIVA- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- BUENA TOLERANCIA ORAL. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS- TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS RSCS RÍTMICOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO- EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE INDICA PARACETAMOL .MEDIDAS GENEREALES- REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA VALORACION POR CARNET DE DISCAPACIDAD |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS          |
|----------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON RETRASO MENTAL AMERITA VALORACION PARA CARNET DE DISCAPACIDAD |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>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 |
| 2025-07-03                            | 10:59        | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |