



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	Chibunga		CS	2300556236					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Loor		Pinargote		Genesis		Anahis		M	29-04-2006	18	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
098-722-0177				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		X			
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive	
13				1303		130354		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
USUARIA FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE AMBOS PARIENTES; PADRE Y MADRE- QUIENES REFIEREN NECESITAN DERIVACION PARA ATENCION EN CHONE CON NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA. REFIEREN QUE SU HIJA HA SIDO DIAGNOSTICADA CON MIASTENIA GRAVIS HACE ALGUN TIEMPO ATRAS. MENCIONAN QUE TUVO EPISODIOS DE DEBILIDAD ASCENDENTE- ESTRABISMO LATERAL DE OJO IZQUIERDO- CEFALEAS EN RACIMO QUE SON EMETIZANTES Y PRODUCEN VERTIGO- CONTRACCIONES Y ESPASMOS TONICO CLONICAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CON RESOLUCION DE CALAMBRES Y POSTERIOR ENTUMECIMIENTO- PERDIDA DE TONO MUSCULAR FACIAL MONOLATERAL CON CAIDA DE PARPADO- MEJILLA Y BOCA DE LADO IZQUIERDO HACE ALGUNOS MESES PORQUE HABIA DEJADO DE TOMAR SU MEDICINA- MENCIONAN QUE LE RECETARON MESTINON 60 MG DIARIOS Y PREDNISONA 5 MG DIARIOS CUANDO LE VALORONEUROLOGIA Y QUE CUANDO TOMABA SU MEDICINA SE SENTIA MEJOR. APP: MIASTENIA GRAVIS APF: NO REFIERE AQX: 1 CESAREA RAM: NO REFIERE AGO: G1 P0 C1 A0 FUM: 04-12-2024 AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PERDIDA DE TONO MUSCULAR A NIVEL DE MIEMBROS SUPERIORES- AL PEDIR QUE APRETE LA MANO DEL EXAMINADORLO REALIZA CON POCA FUERZA 7/10 DE INTENSIDAD. A LA AUSCULTACION SE ESCUCHAN RUIDOS CARDIACOS NORMALES- FONETICOS- RITMICOS- SINCRONICOS- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS- MURMULLO VESICULAR CONSERVADO- RONCUS PRESENTE- VIBRACIONES VOCALES PRESENTES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA COLABORADORA CONEL INTERROGATORIO- ACTIVA- GLASGOW 15/15- ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. REFIERE QUE LE DUELE MUCHO LA CABEZA AL MOMENTO DE LA CONSULTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
DIAGNOSTICADA DE MIASTENIA GRAVIS- AMBOS PADRES PIDEN DERIVACION PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD EN NEUROLOGIA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Miastenia Gravis		G700		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-23	09:25	Andres		Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1314783083					

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	