



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-A	0802679456									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rizo		Zambrano		Maria		De		M	08-01-1977	48	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0987368770				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		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	
PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES PERSONALES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 54%-ESQUIZOFRENIA Y EPILEPSIA. ACUDE ACOMPAÑADA DE S U HERMANA- QUIEN REFIERE QUE ANTERIORMENTE LA PACIENTE RECIBIATRATAMIENTO EN LA CIUDAD DE EL PUYO. EN LAS ÚLTIMOS MESES HA PRESENTADO EPISODIOS DE AGRESIVIDAD CON MAYORFRECUENCIA- LLEGANDO INCLUSO A AGREDIR A MIEMBROS DE S U FAMILIA. ADEMÁS- SE HA OBSERVADO QUE PERMANECE IRRITABLE DURANTE TODO EL DÍA- SIN PRESENTAR MOMENTOS DE LUCIDEZ NI CONCILIACIÓN ADECUADA DEL S UEÑO. ACTUALMENTE SEENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO CON CLORHIDRATO 2 MG VÍA ORAL UNA VEZ AL DÍA- CARBAMAZEPINA 50 MG- ESPIRONOLACTONA 400 MG EN CASO DE NO DISPONER DE CARBAMAZEPINA Y HALOPERIDOL INYECTABLE; SIN EMBARGO- LOS FAMILIARES REFIEREN QUE EL TRATAMIENTO HA DEJADO DE SER EFECTIVO. ANTE LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS Y EL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO- SE SOLICITA TRÁMITE DE REFERENCIA A LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL- AJUSTE DE DOSIS YOPTIMIZACIÓN DEL MANEJO FARMACOLÓGICO. PLAN Y RECOMENDACIONES: DADA LA EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO Y LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO ACTUAL- SE SOLICITA TRÁMITE DE REFERENCIA A LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL- AJUSTE DE DOSIS Y OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO FARMACOLÓGICO. SE RECOMIENDA ADEMÁS SEGUIMIENTO FAMILIAR CERCANO- CONTROL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO PSICOSOCIAL CONTINUO PARA LA PACIENTE Y S U ENTORNOFAMILIAR.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
NA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Epilepsia Y Síndromes Epilepticos Sintomaticos Relacionados Con Localizaciones (Focales) (Parciales) Y Con Ataques Parciales Complejos		G402		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-26	02:47	Dario		Conday	Muñoz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1315005585					

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
MSP			HOSPITAL BASICO	1304632837	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Normal- R-R Regular- P-R Normal- Sin Alteraciones Especificas Del Segmento St

Solicito Examenes De Control /
Tratamiento
Losartan 100 Mg Cada Dia
Amlodipina 5 Mg Cada Noche
Clortalidona 25 Mg Cada Dia
Control En 2 Meses

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Cardiaca Hipertensiva Sin Insuficiencia Cardiaca (Congestiva)	I119		X	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	
1311890055				