



| 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           | Hospital General Napoleon Davila Cordova |                                  | HG        | 1304099946                         |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Sacon                                                       |   | Zambrano         |                                          | Pedro                            |           | Jose                               |  | H                                                       | 19-01-1962       | 64   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                                           | D | M                | A                                        |                                  |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  | X                                        |                                  |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |   |                  |                                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 098-341-3220                                                |   |                  |                                          | 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             |                                          | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>PACIENTE MAS CULINO DE 62 AÑOS DE EDAD ACUDE A ES TA UNIDAD OPERATIVA PARA CONTROL POS TERIOR A ALTA HOS PITALARIA-ACTUALMENTE AS INTOMÁTICO-ACOMPAÑADO DE FAMILIARES . CUENTA CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERS ONALES DEHIPERTENS IÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON CARVEDILOL 12-5 MG + ENALAPRIL 5 MG + CLORTALIDONA 25 MG- DIABETESMELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 500 MG- MÚLTIPLES EVENTOS IS QUÉMICOS CARDÍACOS (REFIERE 4 INFARTOSPREVIOS ) Y PORTADOR DE MARCAPAS OS . NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOS AS . FAMILIARES REFIEREN QUE HACE APROXIMADAMENTE 3DÍAS - MIENTRAS EL PACIENTE S E ENCONTRABA BAÑÁNDOSE EN UN RÍO- PRES ENTÓ EPIS ODIO S ÚBITO CARACTERIZADO PORMOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS GENERALIZADOS - TIPO S ACUDIDAS - AS OCIADOS A PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA- AUS ENCIA DERES PUES TA A ES TÍMULOS VERBALES Y FÍS ICOS - AS Í COMO AMNES IA POS TERIOR AL EVENTO. NO S E REPORTA TRAUMATIS MOAS OCIADO. EL EPIS ODIO FUE DE INICIO BRUS CO Y AUTOLIMITADO- POS TERIOR AL CUAL PACIENTE PRES ENTÓ PERÍODO DE CONFUS IÓNTRANS ITORIA. ANTE ES TE CUADRO FUE TRAS LADADO AL HOS PITAL NAPOLEÓN- DONDE FUE VALORADO POR ES PECIALIDAD DENEUROLOGÍA- RECIBIENDO MANEJO FARMACOLÓGICO CON CARBAMAZEPINA 200 MG- INDICÁNDOSE 1 TABLETA CADA NOCHE POR 30DÍAS - Y ANALGES IA CON DAPIRONA 500 MG- INDICÁNDOSE 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS . POS TERIOR A ES TABILIZACIÓNCLÍNICA- ES DADO DE ALTA CON INDICACIONES DE S EGUIMIENTO POR CONS ULTA EXTERNA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN EN ES TAUNIDAD- PACIENTE S E ENCUENTRA AFEBRIL- HEMODINÁMICAMENTE ES TABLE- ORIENTADO EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- S INPRES ENCIA DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS - S IN DÉFICIT NEUROLÓGICO EVIDENTE- EN BUEN ES TADO GENERAL Y COLABORADOR ALINTERROGATORIO. S IGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES . S E CONS IDERA CUADRO COMPATIBLE CON EVENTOCONVULS IVO DE NUEVO INICIO- ACTUALMENTE EN CONTROL POS T ALTA HOS PITALARIA- POR LO QUE S E DECIDE REFERENCIA AES PECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA CONTINUIDAD DE MANEJO- AJUS TE TERAPÉUTICO Y ES TUDIOS COMPLEMENTARIOS .</p> |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>ANTECEDENTE DE EVENTO CONVULS IVO DE NUEVO INICIO- MANEJADO POR NEUROLOGÍA CON CARBAMAZEPINA; ACTUALMENTEES TABLE- ORIENTADO- S IN DÉFICIT NEUROLÓGICO NI MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS - S IN ES TUDIOS COMPLEMENTARIOSDIS PONIBLES .</p> |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                           | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-04-05                            | 01:40           | Keily         |  | Villamil        | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1313408427                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |