



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	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
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
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 OCIA DOS 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 OCIA DO. 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 NAPOLÉÓN- 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 .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
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 .

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (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 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	