



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-A	1314997691									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Zambrano	Bravo	Ramon	Bienvenido	H	13-10-1998	27	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0961374924		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	130301	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 DE 27 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL- SECUELAS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR ACCIDENTE EN MOTO APQ CRANEOTOMIA DESCOMPRESIVA APP EPILEPSIA TOMA LEVITIRAZETAM 1GR CADA 24 HORAS ACUDE A CONTROL MÉDICO ACOMPAÑADO DE CUIDADOR. PADRE AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- CONSCIENTE-COLABORADOR ACORDE A SUS CAPACIDADES- ORIENTADO PARCIALMENTE. FAMILIAR REFIERE ADECUADA TOLERANCIA A LA ALIMENTACIÓN Y SU ÚTERO CONSERVADO. NO PRESENTA FIEBRE- DIFICULTAD RESPIRATORIA NI OTROS SIGNOS DE ALARMA. SE EVIDENCIA LIMITACIÓN EN FUNCIONES COGNITIVAS Y DE COMUNICACIÓN- DEPENDIENTE PARCIAL PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. NEUROLÓGICO: PACIENTE VIGIL- CON DÉFICIT COGNITIVO CONOCIDO- SIN FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA AGUDA. CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES RELEVANTES. ABDOMEN SUAVE- DEPRESIBLE- NO DOLOROSO. EXTREMIDADES SIN EDEMA. PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUROLOGÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE EN CONTROLES POR SERVICIO DE NEUROLOGÍA AMERITA VALORACIÓN

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Epilepsia		G40		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-21	11:27	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 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	