



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	Ricaurte	CS-A	1314590363						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Garcia	Tobar	Leonardo	Gabriel	H	26-06-2002	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0950486268			☒	☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130356								
			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
			3. Falta de equipamiento.							
			4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

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 MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD- APP: NO REFIERE- APF: PADRE CON DM- BISABUELO MATER FALLECIDO CON CATIROIDES- PRIMA FALLECIDA (26 AÑOS) CON CA DE COLON CON MULTIPLES METASTASIS. ALERGIAS MEDICAMENTOS: NO REFIERE.AQX: NO REFIERE. AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR ESTADOS CONVULSIVOS NO ESPECIFICADOS- EN CANTIDAD DE 3 DURANTEEL PRESENTE AÑO- ULTIMA EVIDENCIADA EN JUNIO. RECIBE ATENCIÓN POR ESPECIALISTA EL 20-06-2024 E INDICA TRATAMIENTO CONDIVALPROATO SÓDICO 500MG VO CADA 12 HORAS + COMPLEJO B 1 TABLETA DIARIA. SE REALIZA ELECTROENCEFALOGRAMA EL 13-06-2024 MIS MA QUE REPORTA COMO CONCLUSION: ESTUDIO DURANTE ESTADO DE VIGILIA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CRISISINCOPALES Y TRASTORNO DE MEMORIA EN EL QUE SE OBSERVA UN RITMO ALFA SINUSOIDAL- SE EVIDENCIA TRAZADOELECTROENFCEFALOGRAFICO DE BASE ORGANIZADO PARA S U EDAD- CON SIMETRIA INTERHEMISFERICA PRESENTE. SE OBSERBANGRAFOELEMENTOS EPILEPTOGENICOS DURANTE REGISTRO COMO EPILEPSIA FOCAL DE LOBULO TEMPORAL. PACIENTE REFIERE QUE ENS U ULTIMO CONTROL NEUROLOGICO- ESPECIALISTA SOLICITA REFERENCIA PARA PSIQUIATRIA RAZON POR LA CUAL SE REALIZA DESDEPRIMER NIVEL DE ATENCION.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

XX

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Epilepsia Tipo No Especificado	G409		X	4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-13	12:20	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313050203				

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	