

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BORJA	CASTILLO	BRITNEY ESPERANZA	29	10	2011	13 años, 1 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0750968786	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MARIO LOOR y	096-991-0720 / (06)-200-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo				Distrito/Area
MSP	0750968786	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Neurología	2024	12	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ADOLESCENTE DE 13 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE VIENE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORADORA, RESPONDIENDO TODAS LAS PREGUNTAS REALIZADAS, SE REALIZA INTERROGATORIO AL MOMENTO DE LA CONSULTA MADRE REFIERE QUE HA PRESENTADO CEFALEAS QUE LLEVA A DESMAYOS CON POSTERIOR EPISODIO DE CONFUSION, PRESENCIA DE MIOCLONIAS MIENTRAS REALIZA ACTIVIDADES. SEGÚN LA MADRE TUVO ACCIDENTE EN MOTO A LOS 3 AÑOS DONDE RECIBIO GOLPE FUERTE EN LA CABEZA. SE REALIZA ENCUESTA AL ADOLESCENTE Y TAMIZAJE DE VIOLENCIA, PACIENTE NO PRESENTA RIESGO, BUEN AMBIENTE FAMILIAR Y AÑADE QUE NO HA SUFRIDO DE VIOLENCIA. AL MOMENTO DE ESTA CONSULTA PACIENTE NO HA INICIADO SU VIDA SEXUAL POR LO QUE INDICANO REQUIERE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. SE DA CHARLA SOBRE SALUD SEXUAL Y SE HACE HINCAPIE EN LOS CUIDADOS AL MOMENTO DE INICIAR SU VIDA SEXUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-06	14:29	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA