

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de la Salud		UNICÓDIGO 1245	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CSC m h f u	TIPOLOGÍA C	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 094432282	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Barrera	SEGUNDO APELLIDO Mojica	PRIMER NOMBRE Angelica	SEGUNDO NOMBRE Gisselle	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 2/7/99	EDAD 15	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0964084839 - 0978823341 / chuchas Adto			REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Municipio: Juru, Parroquia: Juru			MOTIVO 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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de la Salud	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Consulta Externa	SERVICIO Neurología	ESPECIALIDAD
---	--	------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenino de 25 años de edad, con APP de Epilepsia Generalizada bajo tratamiento con Carbamazepina 400mg BID. Acude a consulta en el primer día de la referencia para iniciar proceso de planificación de disyunción. Menciona al familiar que los crisis se presentan con adiva lo que dificulta realizar actividades cotidianas. Pate en períodos de día de noche a noche de sueño. por último Anexo al

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

				CIE	PRE	DEF
				CIE	PRE	DEF
				CIE	PRE	DEF

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1. Epilepsia Idiopática Generalizada		G40.3		x
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 15/10/14	HORA (hh:mm) 12:34	PRIMER NOMBRE Rafael	PRIMER APELLIDO García	SEGUNDO APELLIDO García
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312184177		FIRMA 	SELLO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR	

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	TIPOLOGÍA	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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

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
1.				
2.				
3.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

PONSABLE

PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FIRMA	SELLO	

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA