

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						
LUGO		1277	CENTRO DE SALUD EL RECIBO		A	0953/58547								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELASQUEZ		BASURTO		ALEX		ANTONIO		H	27-07-2001	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0988121004		MSP		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO JOVEN APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 58 %, EPILEPSIA, RETRASO MENTAL MODERADO. PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS DESDE EL NACIMIENTO, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO 500 MG TID, CARBAMAZEPINA 400 MG TID, LAMOTRIGINA 50 MG TID, PSIQUIATRIA LE PRESCRIBIO QUETIAPINA 25 MG DIA RISPERIDONA 1 TABLETA AM Y PM, PERO PACIENTE NO LA TOMA. EN TAL VIRTUD LA CONDUCTA DEL PACIENTE SE VUELVE AGRESIVA, ACUSA A SU ABUELA, DESOBEDECE ORDENES, INTENTOS DE ABANDONAR LA CASA. A PESAR DEL TRIPLE TTO PARA EPILEPSIA, PRESENTA CRISIS A DIARIO. EXAMEN FISICO: ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. MARCHA NORMAL. RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPS CLARSO Y VENTILADOS, EXTREMIDADES MOVILES Y SENSIBLES, BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SIN TAC DE CEREBRO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	EPILEPSIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X	4.			
2.	RETRASO MENTAL MODERADO	F710		X	5.			
3.	PROBLEMA RELACIONADO CON LA LIMITACION DE LA ACTIVIDAD FISICA DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
24/06/2026	16:04:00	IGNACIO		MANRIQUE		AVEIGA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1308639879							

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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			