

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1303764789								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MENDOZA		MARIN		ESPLENDIDA		SEBASTAINA		F	12/03/1954	71	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0990195182.		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
								X						
								X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 71 AÑOS, QUIEN ACUDE CON SU HERMANA REFIRIENDO QUE EN ALGUNAS OCASIONES PIERDE LA CONCIENCIA Y SU HIJA DICE QUE CONVULSINA.? EN ALGÚN MOMENTO FUE ATENDIDA POR NEUROLOGIA PERO NO RECUERDA EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO... AL MOMENTO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES RESPONDE AL INTERROGATORIO CON LENGUAJE CLARO Y FLUIDO ORIENTADA EN T.E.P. MARCHA NORMAL, MUCOSAS HIPO-CROMICAS. AR: MV NORMAL, ACV: RsCswRs/S. SIGNOS VITALES NORMALES, AL RASTREO ECOGRAFICO NADA PATOLÓGICO A SEÑALAR... SE INDICA ÁCIDO VALPROÍCO 500MG BID.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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	
2026/02/20	16:00	YOLANDA		CEDEÑO		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1311762940						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA		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	