

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	1303854796								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
CHAVEZ		BAZURTO		JUANA		EVANGELINA		F	19/06/1950	75				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0980226551		SI, CAMPESINO		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.										
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	TOSAGUA		TOSAGUA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO ADULTA MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL DE COMORBILIDAD HTA EN TRATAMIENTO ACTUAL LOSARTAN 100MG QD CARVEDILOL 25MG QD ; ADEMÁS DE DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 1 GRAMO DIA, TOMA MEDICACIÓN HABITUAL: ARTROSAMIN (GLUCOSAMINA, CONDOTIN Y COLAGENO), ALENDRONATO SODICO 1 CADA 8 DIAS. ADEMÁS CON APP DE EPILEPSIA CON TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA 50 MG CADA 8 HORAS, MIRTAPAZINA 15 MG DIA, CITICOLINA 100 MG DIA. AL MOEMNTO PACIENTE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

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
2025/09/22	09.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
FIRMA			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	
1311762940				

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO		
CONTRA REFERENCIA						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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	