

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIVAS	CHICA	ANNY MARIBEL	07	08	1963	61 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304250390	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE y SALINAS	098-502-4794 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1304250390	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	03	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

USUARIA QUE ACUDE SOLA, REFIERE QUE EN EL AÑO 2014 FUE ACREDITA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL POSTERIOR EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD YA QUE SEGUN MENCIONA PADECÍA DE EPILEPSIA, ACTUALMENTE REFIERE QUE AQUEL EVENTO DE CRISIS TÓNICO CLÓNICAS MEJORO CON TRATAMIENTO, EN EL AÑO 2021 REFIERE QUE PADECIÓ DE EVENTO VASCULAR ENCEFÁLICO A CAUSA DE ANEURISMA (ACCIDENTADO) ES TRATADA EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE 15 DÍAS EN LO POSTERIOR NO PRESENTO SECUELAS, ACTUALMENTE ACUDE A SOLICITAR EVALUACIÓN YA QUE CONSIDERA QUE NO PRESENTA NINGUNA SECUELA QUE LO AMERITE - EL PRESENTE CASO SE EVALUARA EN CONJUNTO CON ESPECIALISTA YA QUE SE TRATA DE USUARIA QUE FUE ACREDITADA Y HAY QUE DEMOSTRAR QUE LA USUARIA NO PRESENTA NINGUNA SECUELA POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA A NEUROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	07:52	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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