

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1304827171		1304827171	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
PARRAGA		LOOR		MERCEDES		MARGARITA	F	23 09 1962	62
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
98062743 0964097055				X				H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		4. Equipos en mal estado		6. Problemas de abastecimiento		X	
MANAR	BOJABO	CALUITA		5. Problemas de infraestructura		7. Insuficiencia de profesionales			
						8. Inadecuada capacidad resolutiva			
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

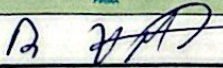
PASIENTE FEMANINA DE 62 AÑOS CON DISCAPACIDAD PSICO SOCIAL HEPILEPSIA CON COMBULSIONES TONICO CLONINICAS APROXIMADAMENTE 8 POR MES LO CUAL NO ASIDO ATENDIDA POR ESPECIALISTA HACE CUATOR AÑOS POR LO QUE REQUIERE DE SU BALORACION Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

FECHA PRESENTACIÓN	DIAGNÓSTICO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	EPILEPSIA NO ESPECIFICADA	G409					
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AÑO/MES/DÍA)	HORA (H/M)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14 01 2025	10.00 a. m.	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
13 02 656473				

Dr. Víctor A. Cedeño Bravo
MÉDICO CLÍNICO
REG. PROF. M.S.P.
2024-2025

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	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

FECHA PRESENTACIÓN	DIAGNÓSTICO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AÑO/MES/DÍA)	HORA (H/M)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO