

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <u>Fuentes</u>	Apellido materno <u>Zaragoza</u>	Nombres <u>Unión Esperanza</u>	Fecha de Nacimiento 24 07 1963	Edad 61	Sexo M
Nacionalidad <u>Ecuador</u>	País <u>Ecuador</u>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <u>1505046839</u>	Lugar de residencia actual <u>Hacienda San Pablo</u>	Dirección Domicilio <u>Choni</u>	N° Telefónico
Ver Instructivo	Descripción País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia
Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <u>HSP</u>	Hist. Clínica No. <u>1305046839</u>	Establecimiento de Salud <u>CS San Pablo</u>	Tipo <u>A</u>	Distrito/Área <u>13 Dot.</u>
Refiere o Deriva a:				
<u>HSP</u>	<u>HUSC</u>	<u>Centro Externo</u>	<u>Neurólogo</u>	Fecha 25 09 2024
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☒ Saturación de capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesio ☐ Otros /Especifique: ☐
Falta de profesional ☒

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 61 años de edad, sexo mujer con antecedentes de epilepsia de larga data, por lo tanto crisis convulsivas a repetición, por lo tanto se deriva para que se le realice un estudio de video EEG y se le realice un estudio de video EEG y se le realice un estudio de video EEG.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

1	<u>Trastorno epiléptico</u>	CIE-10 <u>6408</u>	PRE	DEF <u>6</u>
2				

Nombre del profesional:

Dr. Luis López Rodríguez

Código MSP:

256

Firma: Eni López Rodríguez
MÉDICO CIRUJANO
Reg. MSP. L: 34 F: 79 N° 236

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha	
				día mes año	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: