

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	ESTACIO	CARLOS RAMON	03	09	1978	46 años, 11 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308514239	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA GALLARDO y	098-951-3582 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo				Distrito/Area
MSP	1308514239	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	2025	08	22
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

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR HABER PRESENTADO CUADRO CLINICO HACE 1 MES CARACTERIZADO POR PRESENTAR PERDIDA DE CONOCIMIENTO, MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS (CONVULSION) Y VOMITO, PERIODO POSTICTAL INDICA QUE RECOBRO CONOCIMIENTO 5 HORAS DESPUES, AL INTERROGATORIO INDICA QUE ESE MISMO DIA 4 HORAS ANTES HABIA TENIDO UNA EXTRACCION DE MUELA, INDICA ADEMAS QUE 1 SEMANA DESPUES TUVO HEMATOQUECIA DURANTE UNA SEMANA. REFIERE QUE PRESENTABA ANTES DOLORES ABODMINALES INTERMITENTES. NIEGA OTROS SINTOMAS. PACIENTE FUE ATENDIDO EN EL HOSPITAL AREA DE EMERGENCIA, ACUDE CON CONTRARREFERENCIA EN DONDE SUGIERE REFERENCIA PARA AREA DE NEUROLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LEUCO: 10.8; HB: 14.4; HTO: 42.7; PLT: 239; GLUCOSA:121; CR: 1.05

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA
2025-08-22	15:25	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434		ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FIRMAEC

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
2025-08-22	15:25	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

