

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP.	UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD H.B.S.A	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1308607983	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Melvar	SEGUNDO APELLIDO Anla	PRIMER NOMBRE Jacinta	SEGUNDO NOMBRE Gaita	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 28/07/67
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0968652229		REFERENCIA	DERIVACIÓN		
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Flamenco	PARROQUIA Alfaro	MOTIVO ☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP.	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Neurología
---------------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Tomamos de 58 años de edad acude por presentar de larga data convulsiones por crisis epilépticas.
Paciente que no lleva en control de la misma.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Indicados.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE
1. Epilepsia de tipo no especificado			6409		☒	
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 02/09/2025	HORA (mm-mm) 9:30	PRIMER NOMBRE George	PRIMER APELLIDO Cusma	SEGUNDO APELLIDO Mendez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312195694		SELO		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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 (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE
1.						
2.						
3.						