

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1312277179								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
NAVARRETE				ANGELA		MARILYN		F	30/09/1963	61	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0990938485 / 0939374257		No se Encuentra		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.								
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		7. Insuficiencia de profesionales.								
						8. Inadecuada capacidad resolutive		X						
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"		CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 61 AÑOS CON APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 70%, EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA 200MG VO BID Y OBESIDAD, ES TRAÍDA POR SU TÍA A CONTROL MÉDICO, AL MOMENTO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES. AL EX. FÍSICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S. SE OBSERVA HEMIPARECIA DE M. SUPERIOR DERECHO Y LEVE DIFICULTAD PARA LA MARCHA. REFIERE QUE LE DIO CONVULSIONES HACE ALGUNOS DÍAS EN LA NOCHE Y ES PORQUE NO SE TOMÓ LA LAMOTRIGINA... QUE LE HABÍAMOS INDICADO HACE DOS MESES... POR ELLO SE INDICA EX. DE LAB E I/C. CON NEUROLOGÍA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1.EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X	4			
2.PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVID	Z736		X	5			
3.OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	E660		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
05/03/2025	12.00	LUIS ABEL		MARTINEZ		CASTRO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1803403326				Firmado electrónicamente por: LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO		MEDICO FAMILIAR	

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	TIPOLOGIA	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	PRE	DEF
1.						4.		
2.						5.		
3.						6.		

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			