

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECIBO		A	1312625476						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MARCILLO		DOMINGUEZ		CRISTHIAN		ALBERT		H	20-02-1982	44	☐ H ☐ D ☐ M ☐ A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0986519631		MSP		☒ Y		☐ N						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL												
DOMINICITA		CANTÓN		PARROQUIA								
MANABÍ		TOCACHIJA		TOCACHIJA								
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado.												
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad reactiva												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE DISCAPACIDAD FÍSICA 81 %, EPILEPSIA, EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA 400 MG CADA 12 HORAS. PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS CADA 15 DÍAS, INTENSAS A MODERADAS, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA, CAÍDAS, TRAUMATISMOS. SU FAMILIAR ASEVERA QUE EL PACIENTE TOMA SU MEDICINA A DIARIO

EXAMEN FÍSICO: DESORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, NORMOCEFALO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, EXTREMIDADES MÓVILES Y SENSIBLES. BAJO EL CONTEXTO DE UN PACIENTE CON DISCAPACIDAD Y MAL

CONTROL DE CRISIS EPILEPTICAS, SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NO TAC SIMPLE DE ENCEFALO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	G409		X	4.			
2.		Z736			5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
04-08-2026	15:00	IGNACIO		MANRIQUE		AVEIGA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1308639879							

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 (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	