

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CEDEÑO           | CARRASCO         | GRISMALDO VITERVO | 05                  | 08  | 1984 | 40 años, 5 meses, 5 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313017251        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | RIO JAMA y                   | 098-665-8845 /       |
| 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                 | 1313017251      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 01  | 10  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS APP: EPILEPSIA DESDE 1 AÑO Y 10 MESES EN TTO CON CARBAMAZEPINA DE 400MG QD, ANSIEDAD Y DEPRESION EN TTO CON SERTALINA 50MG 1 EN LA MAÑANA. AQX: CRANEOTOMIA POR HEMATOMA SUBDURAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO INGRESADO EN SERVICIO DE UCI . CON SECUELAS DE TRAUMA INTRACRANEAL ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA MAREOS HEMIPARESIA BRAQUIO CRURAL IZQUIERDA AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL AL MOMENTO. AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALICA; MUCOSAS; NORMOCOLOREADAS Y SEMIHUMEDAS; CUELLO: SIMÉTRICO, SIN ADENOPATÍAS; TORAX: SIMETRICO; CAMPOS PULMONARES: CLAROS Y VENTILADOS EN AMBOS CAMPOS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS , NO SOPLOS; ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SUAVE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS. ORIENTADA EN SUS ESFERAS NEUROLÓGICAS, COLABORA CON EL INTERROGATORIO Y EXAMEN FÍSICO PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUROLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN ESTUDIO POR SERVICIO DE NEUROLOGIA AMERITA VALORACION

5. Diagnóstico

| Diagnóstico      | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS EPILEPSIAS | G408   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-10 | 08:36 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-10 | 08:36 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

