

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		1410	HBAGA	B	1314186006	1314186006						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	MONTESDEOCA		JOSE		DANIEL	M	16/10/2006	19	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
0992840145					MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento.					X		
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.					X		
MANABI	BOLIVAR		CALCETA		8. Inadecuada capacidad resolutive					X		
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					X		
					1. Accesibilidad geográfica.							
					2. Falta de espacio físico.							
					3. Falta de equipamiento.							
					4. Equipos en mal estado.							
					5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD VISUAL LA CUAL SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA ULTIMO SEGUIMIENTO HACE 3 MESES POR PRESENTAR QUERATOCONO LA CUAL NLE REALIZARON PROCEDIMIENTO ADECUADO ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR COMO ANTECEDENTE DE EPILEPSIA CON DATA LARGA DE TRATAMIENTO CON VALCOTE JARABE 10 CC AL DIA SE REALIZA CONTROL DE ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS NO AH PRESENTADO CRISIS PERO SE DECIDE CONTINUAR CON SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.

SIGNOS VITALES:

PA: 120/80
FC: 90 LXM
FR: 20RXM
TEMP: 36,7
SAT02: 99% AA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			PRE	DEF
1.	EPILEPSIA NO ESPECIFICADA	G409		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-22	10H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311550667				

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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		