

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1315449320			1315449320					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MUÑOZ		SOLORZANO		EDDY		RICARDO		M	08/06/2005	67	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
990298593														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARP				7. Insuficiencia de profesionales.						
								8. Inadecuada capacidad resolutive						
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
				CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
PACIENTE MASCULINO ES TRAI DO A LA EMERGENCIA POR CUADRO DE CONVULSIONES TONICO CLONICAS GENERALIZADAS EL DIA DE HOY- REFIERE NO TOMAR SU MEDICINA DESDE EL DIA DE AYER (CARBAMAZEPINA 200MG VO BID) , ADEMAS MADRE REFIERE QUE CRISIS SON MAS FRECUENTES. PRESION ARTERIAL: 114/72 FRECUENCIA CARDIACA: 104 SPO2:98 TEMPERATURA: 37°C													

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													

E. DIAGNÓSTICO																
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO			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			
2026/06/05		8:00		TAYNOVA				SILVA				ZAMBRANO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO							
1312582487															

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							

