

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1410	HBAGA	B	1316120532	1316120532					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CUSME	CEDEÑO	ANTONIO	ALEXANDER	M	1/11/2000	25	H	D	M	A
CANDELARIA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0962635574		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	BOLIVAR	CAJCETA								

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 24 AÑOS , 11 MESE EDAD CRONOLÓGICA QUE LLEGA A CONSULTA CON PADRES CON APP DE LARGA DATA DE EPILEPSIA. AL MOMENTO EN TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUAL CON CARBAMAZEPINA 400 MG VIA ORAL DOS VECES AL DÍA. QUE A PESAR DE ESO CRISIS SON REPETITIVAS, AYUDA EN CASA EN TAREAS DEL HOGAR, ESTUDIO SOLO PRIMARIA POR QUE DABAN LAS CRISIS MUY SEGUIDAS, EN CONSULTA PACIENTE SE TORNA EN SILENCIO , PACIENTE QUE NOS REFIERE QUE QUIERE SACAR EL CARNET DE DISCAPACIDAD PERO NUNCA AH TENIDO SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
EPILEPSIA NO ESPECIFICADA	G409		X	4.			
				5.			
				6.			

6. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-09	10H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

5. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

1. 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

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
				4.			
				5.			
				6.			

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

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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