

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 |      |                           |
| MSP                              | 008              | CS Agua Fria             | A              | 1316127792                                                                                                                                                         |                   |      |                           |
| PRIMER APELLIDO                  | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                                                                                                                               | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (SUPE/JDI) |
| Solorzano                        | Canó             | Jimmy                    | Jimmy          |                                                                                                                                                                    | 14/03/02-0618     |      | X                         |
| TELÉFONO (DELUAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA               | DERIVACIÓN     | MOTIVO                                                                                                                                                             |                   |      |                           |
| 0997322601 - 0997036803          |                  |                          |                | 6. Problemas de abastecimiento<br>7. Insuficiencia de profesionales<br>8. Inadecuada capacidad reactiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                           |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL       |                  | CANTÓN                   |                | PARROQUIA                                                                                                                                                          |                   |      |                           |
| Manabí                           |                  | Junín                    |                | Junín                                                                                                                                                              |                   |      |                           |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |               |              |
|-------------------------|--------------------------|---------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO      | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | Mariposa Dorada          | cons. externa | Neurología   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente intolerante de 18 años con 10 meses de evolución de la consulta por presentar mareos, fatiga, ansiedad, pánico, mal estar general esporádico en 2 ocasiones, por lo que madre refiere que se le dio App de epilepsia desde los 15 hasta los 17 años de edad, al momento no ha presentado

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Peso: 68.1 - talla 1.61 mts. IM: 26.14. PA: 106/72. PAM: 83. Tc: 36.6. FR 18 Rpm. FC 79. Sat 98%

E. DIAGNÓSTICO

| PRE-RESUMIVO | DEF. DEFINITIVO                        | CE | PRE | DEF | CE | PRE | DEF |
|--------------|----------------------------------------|----|-----|-----|----|-----|-----|
| 1.           | Epilepsia de tipo no especifica. G409. |    | X   | 4.  |    |     |     |
| 2.           |                                        |    |     | 5.  |    |     |     |
| 3.           |                                        |    |     | 6.  |    |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                                                                                   |                         |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FECHA (dd-mm-aa)                      | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                   | SEGUNDO APELLIDO        |
| 11-02-2025                            | 14:00        | Juz           | Díaz                                                                              | Dr. Luz Mendoza Cordero |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESOT: 1028-2022-2477525 |                         |
| 1304278326                            |              |               |                                                                                   |                         |

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 | 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 (dd-mm-aa) |
|-------------------------|--------------------------|----------|------------------|

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

| PRE-RESUMIVO | 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 (dd-mm-aa)                      | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |