

1410		1410		1317039442		1401											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		GUADAMUD		LEIVE		LEANDRO		M		25/08/2010		15		H D M A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)										REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0990283783// 0979862113										X							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA													
MANABI		BOLIVAR		CALCETA													
1. Accesibilidad geográfica.										6. Problemas de abastecimiento.							
2. Falta de espacio físico.										7. Insuficiencia de profesionales.		X					
3. Falta de equipamiento.										8. Inadecuada capacidad resolutoria		X					
4. Equipos en mal estado.										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					
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					
CUADRO CLINICO																	
Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos de relevancia, que presenta cuadro clínico caracterizado por cefalea recurrente de varias semanas ma menos 3 meses de evolución, de intensidad moderada a severa, asociada ocasionalmente a malestar general.																	
Hace 24 horas presenta episodio convulsivo de tipo tónico-clónico generalizado, precedido por cefalea intensa. Durante el evento se evidenció pérdida del estado de conciencia, rigidez generalizada seguida de movimientos clónicos en extremidades,. Posteriormente con periodo postictal caracterizado por somnolencia, desorientación. Niega fiebre, traumatismo craneoencefálico reciente, consumo de sustancias tóxicas u otros síntomas neurológicos focales previos. Actualmente cursa 24 horas de hospitalización, orientado en tiempo y espacio, afebril con cefalea de leve intensidad.																	
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS																	
SODIO 141.2 mmol/L, POTASIO 3.98 mmol/L, CLORO 102.3 mmol/L																	
E. DIAGNÓSTICO																	
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF									
1.		EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		G409				4.									
2.								5.									
3.								6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																	
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE				PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO					
2026-03-17		10:30		MARCO				AZUA				CEDENO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO									
1311550667																	
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																	
REFERENCIA JUSTIFICADA										SI		X		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									
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									