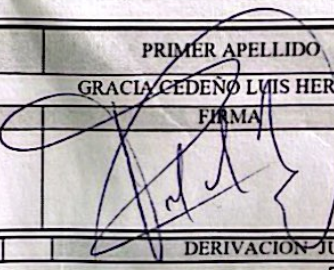


A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO								
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS			HOSPITAL BASICO CHONE				1317300604 602429		741311								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)									
TRIVINO	ALCIVAR	VERONICA		ABIGAIL	F	08-02-2013	12	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		H	D	M	A				X
H	D	M	A														
			X														
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN											
996123453						X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.											
MANABI	CHONE	CHONE		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria											
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											
				5. Problemas de infraestructura.													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	
Servicio		Especialidad	
Consulta Externa		PEDIATRIA-NEUROLOGIA (CE)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD QUE EL DIA DE HOY SE VALOR A REFIERE CUADROS DE CONVULSION FRECUENTE SIN TTO MEDICO NI VALORACION NEUROLOGICA POR LOQUE DECIDE TTO MEDICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
nada señalar	

E. DIAGNOSTICO				
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO				
PRE - PRESUNTIVO		DEF - DEFINITIVO		
		G409		X
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-07 16:08			GRACIA CEDENO LUIS HERNAN	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		
0803156108				
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
				SI
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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO				
PRE - PRESUNTIVO		DEF - DEFINITIVO		
		CIE		PRE
				DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO	
Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento	
Otros	Otros	Otros		VALORACION INTEGRAL	

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA