

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1350024020								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		CEDEÑO		DOMENIC		IVANNA		M	27/04/2011	14	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
		IESS (SEGURO GENERAL)			MOTIVO									
					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												
MANABÍ	CHONE	CHONE												

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

ADOLESCENTE FEMENINA DE 14 AÑOS, CON APP DE AUSENCIAS TIPICAS SECUNDARIAS A EPILEPSIA DIAGNOSTICADO POR NEUROLOGO EN LA INFANCIA, ACTUALMENTE CON PERIODOS ESPORADICOS DE CEFALEA DE TIPO TENSIONAL (FRONTAL) DE MODERADA INTENSIDAD, DONDE DICHO CUADRO SE HA EXACERBADO LLEGANDO A PRESENTAR MAS DE 4 EPISODIOS DIARIOS EN EL ULTIMO AÑO, ACOMPAÑADO POR MAREOS, Y PERDIDA BREVE Y REPENTINA DE LA CONCIENCIA (AUSENCIAS TIPICAS), SIN CAIDAS O CONVULSIONES GENERALIZADAS. PACIENTE CON REQUERIMIENTO DE CONTROL CON NEUROLOGIA POR EXACERBACION DEL CUADRO PREVIAMENTE DESCRITO, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA DICHA ESPECIALIDAD

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS		CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE-10	PRE	DEF
1	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X	4		
2					5		
3					6		

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/07/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				MEDICO FAMILIAR

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

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

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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