

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                                        |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1246              | CS. TOSAGUA                      | C                         | 1350861033                         | 1350861033                                               |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                         | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MARCILLO                              | VERGARA           | KERLY                            | VALENTINA                 | F                                  | 12/02/2012                                               | 13   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN                |                                    |                                                          |      |                         |   |   |   |
| 0989981362 / 0983563078               |                   | X                                | MOTIVO                    |                                    |                                                          |      |                         |   |   |   |
| /                                     |                   | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                          |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   | 2. Falta de espacio físico.      |                           | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                          |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                   | CANTÓN                           | PARROQUIA                 | 8. Inadecuada capacidad resolutive |                                                          | X    |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                          | 4. Equipos en mal estado. |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |      | X                       |   |   |   |
|                                       |                   | 5. Problemas de infraestructura. |                           | FALTA DE MEDICAMENTOS              |                                                          |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| M.S.P                   | HOSPITAL DE CHONE “Dr. NAPOLEÓN DÁVILA” | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGÍA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE FEMENINA DE 13 AÑOS, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE Y HERMANA PARA CONTROL CON APP DE Sx. EPILÉPTICO, PCI, Y ESCOLIOSIS CONGÉNITA...

LLEVA TRATAMIENTO CON RISPERIDONA 10 GOTAS DIARIAS POR LA NOCHE + FENOBARBITAL.? 100MG VO QD POR LA NOCHE..?

AL MOMENTO EN RscSGs, USA PAÑALES POR NO CONTROLAR ESFÍNTERES.. REFIERE QUE NO TIENE PARA COMPRAR LOS MEDICAMENTOS Y SOLICITA REFERENCIA A NEUROLOGÍA.

AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL. ACV: RscSRs/S.- SIGNOS VITALES NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

|                                               | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
| 1 PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION | G809   |            | X          | 4 |        |     |     |
| 2 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO             | G409   |            | X          | 5 |        |     |     |
| 3                                             |        |            |            | 6 |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |               |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)  | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 22/12/2025                            | 4:00:00 p. m. | LUIS ABEL       | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA         | SELLO           |                 |                  |
| 1803403326                            |               | MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

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 | 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 |    | 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |