

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	GARCIA	JOHANA TAMARA	17	01	1997	27 años, 11 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350862213	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE EL PARAISO y VIA CHONE QUITO	099-195-6701 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1350862213	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2024	12	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUE A ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CONTROL DE EMBARAZO. AL MOMENTO REFIERE PRURITO GENITAL DE 5 DIAS DE EVOLUCION. APP: EPILEPSIA CON TRATAMIENTO SUSPENDIDO HACE 4 MESES. AGO: G2 C0 P2 A0. COMPLICACIÓN EN EMBARAZO ANTERIOR ECLAMPSIA FECHA DE SU ULTIMO PARTO 8 NOV 2019. PACIENTE AL MOMENTO CURSANDO 21.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN. DOMICILIO: EL PARAISO RICAURTE. CONTACTO: . SE REALIZA TAMIZAJE DE SIFILIS Y CHAGAS (NO REACTIVO) TAMIZAJE DE HB: 12. PLAN: 1) MEDIDAS GENERALES 2) RECOMENDACIONES 3) HIDRATACION 4) HIERRO ACIDO FOLICO QD 5) SIGNOS DE ALARMA 6) PARACETAMOL 500MG VO TID PRN 7) LAMOTRIGINA 25 MG QD POR 2 SEMANAS. 8) SE ENVIA TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA 9). REFERENCIA A NEUROLOGIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	15:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	15:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

