

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1350955025	1350955025
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Ludeno	Faula	Rosa	Carbnel	F	15-07-12/13
Nº TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTON	PARROQUIA	REFERENCIA	DERIVACIÓN
0995920851					
MOTIVO			MOTIVO		
1. Accesibilidad geográfica			6. Problemas de abastecimiento		
2. Falta de espacio físico			7. Insuficiencia de profesionales		
3. Falta de equipamiento			8. Inadecuada capacidad resolutiva		
4. Equipos en mal estado			9. Ausencia de la prestación en la categoría de servicios		
5. Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta externa	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 13 años con antecedente de epilepsia intermitente de moderada a gran intensidad desde los 4 años, hace 1 semana refiere parestesias en una y mala lipotimia, disminución de la memoria y movimientos tónicos por 2 ocasiones

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

PRE-RESUMEN	CE	PRE	DEF
Epilepsia 7 snciones epilepticas 6400 x			4.
			5.
			6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03-07-2016	8:00	Taynora	S. Iva	Fambraro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	Dña. Taynora S. Iva		
1312582487	Tyol-8	MÉDICO GENERAL		
		Reg. S. 1312582487		
		Reg. S. 1000-2017-1014652		

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	TIPOLOGÍA	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 (AÑO-MES-DÍA)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE-RESUMEN	CE	PRE	DEF
			4.
			5.
			6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		



REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



Nº 135095502-5

CÉDULA DE
CIUDADANIA *MED
APELLIDOS Y NOMBRES
CEDENO FAULA
ROSA GABRIELA

LUGAR DE NACIMIENTO
MANABI
CHONE
CHONE

FECHA DE NACIMIENTO 2012-02-15

NACIONALIDAD ECUATORIANA

SEXO MUJER

ESTADO CIVIL SOLTERO



INSTRUCCIÓN
BASICA

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
ESTUDIANTE

V44434442

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE

CEDEÑO ORDOÑEZ WILSON ANTONIO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE

FAULA ZAMBRANO MARIA GABRIELA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

CHONE

2018-04-24

FECHA DE EXPIRACIÓN

2028-04-24

000820278



DIRECTOR GENERAL

Rosa

FIRMA DEL CEDULADO

