

**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       |                                                         |           | 1351069669<br>620755             |      | 739770                  |   |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    |                             | SEGUNDO NOMBRE                                          | Sexo      | FECHA NACIMIENTO                 | Edad | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |
| LOZA                                           | CANDELA          | MELANY                           |                             | MADLINE                                                 | F         | 20-10-2013                       | 11   | H                       | D |
| No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)          |                  | REFERENCIA                       |                             | DERIVACIÓN                                              |           |                                  |      |                         |   |
| 993489368                                      |                  |                                  |                             | 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                     |           | X                                |      |                         |   |
|                                                |                  | 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 CLINICO**

PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD CUYO FAMILIAR SOLICITA MEDICINA CONTINUA  
TOMA ACIDO VALPROICO 500 MG DOS TABLETAS CADA 12 H  
NO TRAE RECETA DEL MEDICO NEUROLOGO  
NO ESTA ACTUALIZADA LA DOSIS A TOMAR  
SE COMUNICA A A FAMILIAR ACERCA DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO  
SE DARA MEDICINA PARA UN MES HASTA REVISIÓN POR NEUROLOGIA PEDIATRICA

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

NADA SEÑALAR

**E. DIAGNOSTICO**

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF  
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO G409 X

|                                       |              |                                                                                                                                                                    |                    |                        |
|---------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                      | PRIMER APELLIDO    | SEGUNDO APELLIDO       |
| 2025-08-05 17:08                      |              | GRACIA                                                                                                                                                             | CEDEÑO LUIS HERNAN |                        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                                                                                              |                    |                        |
| 0803156108                            |              | <br><b>Dr. Luis Gracia Cedeño</b><br>MEDICINA FAMILIAR<br>RP. # CU - 15 - 14556 |                    |                        |
| 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 CLINICO**

**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 IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO               |
|                                       |              |               |                 |                     |
| Servicio                              | Sub-Servicio | Nivel         | Código          | Procedimiento       |
| Otros                                 | Otros        | Otros         |                 | VALORACION INTEGRAL |

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA