

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CABRERA	JIMENEZ	HEYDY TATIANA	15	02	2000	24 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1550057374	MANABI	CHONE	RICAURTE	LA ENSILLADA y	099-437-6790 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1550057374	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2024	10	02
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 DE 24 AÑOS DE EDAD CON APP DE EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO DESDE LOS 12 AÑOS HASTA LA FECHA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 70%. AGO: G2 P2 C0 AO, ACUDE A ESTA UNIDAD REFIRIENDO CRISIS TONICO CLÓNICAS DE PRESENTACIÓN ESPORÁDICA QUE HAN IDO EN AUMENTO, ULTIMA HACE 12 HORAS CON INTERVALOS DE TIEMPO CORTOS (4-5 HORAS). AL MOMENTO AFEBRIL, EN CONDICIONES ESTABLES. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, FASCIES PÁLIDAS, CONJUNTIVAS, PÁLIDAS CUELLO SIN ADENOPATIAS, TÓRAX SIMÉTRICO MAMAS SIN NÓDULO MAMARIOS, REGION AXILAR SIN GANGLIOS INFLAMADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES NORMALES, ABDOMEN GLOBULOSO, NO DOLOROS DEPRESIBLE. AL EXAMEN GINECOLÓGICO: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADO. SE ENVIA CARBAMAZEPINA 200MG VO 1 DOSIS DIARIA Y SE EXPLICA SI OBSERVA RECURRENCIA DE EPISODIOS AUMENTAR LA DOSIS EN FRECUENCIA CADA 12 HORAS. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALISTA.

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
2024-10-02	16:18	Medicina Rural	DAYANA CAROLINA ARCOS RODRIGUEZ	1724095805	

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
2024-10-02	16:18	Medicina Rural	DAYANA CAROLINA ARCOS RODRIGUEZ	1724095805	

