

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	LOOR	ZAIHR EMILIANO	10	05	2011	13 años, 5 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1727904862	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRÉS y	096-988-5609 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1727904862	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2024	10	18
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 MASCULINO DE 13 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE EN COMPALIA DE SU MADRE. ANTECEDETES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE AMETROPIA PROGRESIVA DESDE LOS TRES AÑOS DE EDAD. SIN AQPX. NO ALERGIAS. APF: TIOS CON DM. HABITOS: NIEGA. ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO. PACIENTE VALORADO POR NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA. TAC DE CEREBRO NO EVIDENCIA LESIONES ESTRUCTURALES. A LA EXAMINACION SIN PATOLOGIA CON EXCEPCION DE NISTAGMO HORIZONTAL DE PREDOMINANCIA IZQUIERDA DE POSIBLE ORIGEN PERIFERICO POR LESION VISUAL CONENITA. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO EN EL HOSPITAL DE EPILEPSIA DE TIPO NO ESPECIFICADO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO COLABORADOR. TRATAMIENTO INICIA EL DIA LUNES 7 DE OCTUBRE DEL 2024. DESDE ESTE ENTONCES EL PACIENTE NO HA TENDO CRISIS EPILEPTICAS. MADRE SOLICITA REFERENCIA PARA NEUROLOGIA POR INDICACIONOES DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA DESDE EL HOSPITAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: NO SE EVIDENCIAN LESIONES ESTRUCTURALES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-18	08:52	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	

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
2024-10-18	08:52	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	

