

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AILER	MONTES	DOUGLAS ENRIQUE	28	05	1992	32 años, 4 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	26502306	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POR EL CAMAL y	099-637-9049 /
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	DOEAIM99199205289	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Neurología	2024	10	24
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

PACIENT MASCULINO DE 32 AÑOS CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA EN TRATAMIENTO, PRESENTA ADEMAS DE RETRASO MENTAL MODERADO, AL MOMENTO DE LA CONSULTA ACUDE CON SU MADRE QUIEN REFIERE QUE HA PRESENTADO 3 CUADROS CONVULSIVOS EN EL ULTIMO MES, NO HUBO PERDIDA DEL CONTROL DE ESFINTERES PERO MADRE REFIERE QUE HUBO CIANOSIS MARCADA, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN PATOLOGIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE RESULTADOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	10:15	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-10-24	10:15	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	