

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	URETA	FATIMA LORENA	31	10	2006	18 años, 5 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314767433	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LAS DELICIAS y VÍA SOLEDAD	0988461624 /
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	1314767433	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología - Brigada Médica externa ONG		20250403
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON DISCAPACIDAD EN TRATAMIENTO Y CONTROL CONTINUO CON NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA EN LA CUAL REALIZAN MODIFICACIONES DE MEDICAMENTOS QUEDANDO ASI. RISPERIDONA 1MG/ML 10 GOTAS MAÑANA, 10 GOTAS DESPUES DE ALMUERZO Y 20 GOTAS 8 PM. QUETIAPINA 200 MG HORA SUEÑO, ACIDO VALPROICO 500 MG BID, SERTRALINA 100 MG 10 DE LA MAÑANA . SE REALIZA PEDIDO DE MEDICACION CON EL AJUSTE DE DOSIS. FAMILIAR REFIERE QUE PRESNETA UN EPISODIO DE CONVULSION TONICO - CLONICAS QUE DURA MAS O MENOS 5 MIN QUE SE ACOMPAÑA DE RIGIDEZ ARTICULAR, CIANOSIS BUCOFARINGEO CON DISMINUCION DE SIGNOS VITALES CON AYUDA DE SOPORTE DE OXIGENO, SE MANTUVO EN OBSERVACION. MANTIENE CEFALEA CONSTANTE. SE INDICA FLUZINA 10 MG HORA SUEÑO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	15:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-04-03	15:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

