

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	QUIIJE	JUAN VICENTE	09	11	2005	20 años, 2 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314642396	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-088-6918 /
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	1314642396	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Neurología	2026	01	15	
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 MASCULINO DE 20 AÑOS QUE PRESENTA ESCLOROSIS TUBEROSA RECIEN DIAGNITCADA EN EL 2020 POSTERIOR A PRESENTAR CRISIS CONVULSIVAS DE CARACTERISTICAS TONICO CLONICAS GENERALIZADO CON PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA CADA 4 MESES PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS - EXAMEN FISICO DE ANGIOFIBROMAS EN REGION FACIAL A PREDOMINIO PERINASAL - TRATAMIENTO CARBAMAZEPINA 400MG TOMAR UNA TABLETA EN LA NOCHE --- LEVETIRACETAM 1000MG CADA 8 HORAS ---
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA *: RMN DE CEREBRO SIMPLE Y CONSTRASTADA DONDE SE EVIDENCIA DE IMAGEN HIPERINTENSA DE FLAIR Y T2 EN REGION FRONTAL DERECHA SUGESTIVO A TUBEROSIDAD CORTICAL FRONTAL DERECHA COMPATIBLE CON ESCLEROSIS TUBEROSA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-15	14:35	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-15	14:35	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

