

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMOS	ZAMBRANO	MANUEL DE LOS REYES	23	12	1943	81 años, 9 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708992662	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	EL CARMEN y	096-995-7344 /
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	1708992662	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN	HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	10	17
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 APP de hipertensión arterial hace 1 año y medio en tratamiento con losartan 50 mg vo cada 12h (controlado) , hábitos nocivo alcohol 3-4 veces a la semana por 20 años, después cada semana, actualmente cada 15 días, Familiar hija refiere que hace 1 año y medio presento una convulsión , hace 4 meses se presentan nuevo cuadro de convulsiones se inicio con carbamazepina sin resultado favorable, hace 3 meses cambi ode anticomincial por neurólogo particular la cual se han compensado se mantiene tratamiento , paciente sin estudio de sus convulsiones

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Glucosa 85 mg/dL, Urea 27.3 mg/dL , Creatinina 0.85 mg/dL , Ácido Úrico 4.94 mg/dl , Colesterol 165 mg/dL , Triglicéridos 98 mg/dL, TGO/AST 30.48 U/L , TGP/ALT 30.57 U/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS	G402		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-17	10:22	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	

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
2025-10-17	10:22	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	