

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ROSADO           | LOOR             | JORGE LIZARDO | 08                  | 01  | 1988 | 38 años, 6 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        | 0803270677        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CALLE CORDOVA y X            | 093-936-4050 /      |
| 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                 | 0803270677                               | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Neurología   | 2026           | 07  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS 6 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL RETIRO DE MEDICACION Y SOLICITA REFERENCIA PARA NEUROLOGIA PARA CONTINUEDAD DE CONTROL POR SU PATOLOGIA DE BASE, PACIENTE ACTIVO ELECTIVO COLABORA CON LA ATENCION CON PREGUNTAS BASICAS, NIEGA PATOLOGIA RESPIRATORIA DIGESTIVA, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO, A FEBRIL A LA CONSULTA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|            |
|------------|
| EN TRAMITE |
|------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-07-14 | 12:26 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |  |

Validar únicamente en FirmaBC.  
Firmado electrónicamente por:  
MARICELA LORENA  
GARCIA PERERO

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-14 | 12:26 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |