

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COVENA	RODRIGUEZ	MARIANO RAFAEL	22	03	1947	78 años, 5 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300996178	MANABI	CHONE	CANUTO	LA CHATA y	098-996-4120 /
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	1300996178	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CANUTO	Consulta externa	Neurología	2025	09	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 MASCULINO DE 78 AÑOS, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE LA HIJA. PRESENTA CUADRO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS PAROXÍSTICOS DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA (~1 VEZ/DÍA) DE DURACION APROXIMADA 1 MIN, POSTERIOR A ELLO LEVANTA DESORIENTADO. REFIERE CEFALEA OPRESIVA RECURRENTE, GRITOS NOCTURNOS Y DES ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL. FAMILIAR REFIERE EL CUADRO EMPEORÓ TRAS CAMBIO RECIENTE DE MEDICACIÓN ANTERIOR RECETADA CARBAMAZEPINA 400MG UNA VES AL DIA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ELECTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO APLICA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-17	11:25	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2025-09-17	11:25	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	