

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	IBARRA	CARLOS ANTONIO	16	06	1977	48 años, 10 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310357767	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y DIAGONAL A TIENDA	098-968-8764 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310357767	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2026	05	07	
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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (MAMÁ) QUIEN MENCIONA QUE DURANTE EL EMBARAZO NO PRESENTA COMPLICACIONES. REALIZA PARTO EN CASA APARENTEMENTE SIN COMPLICACIONES, SOSTEN CEFÁLICO NO RECUERDA, GATEO A LOS 8 MESES, CAMINA AL AÑO, PRIMEROS MONOSILABOS AL AÑO, REFIERE QUE A LA EDAD DE 4 AÑOS PRESENTA ELEVACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL Y PRESENTO CRISIS CONVULSIVA PARA LO CUAL ES LLEVADO A LA ATENCIÓN MÉDICA, CON MEJORIA PARCIAL, ACTUALMENTE A RECIBIDO ATENCIONES POR PSICOLOGÍA QUIEN DETERMINA RETRASO MENTAL GRAVE SIN EMBARGO CONTINUA CON CRISIS DE EPILEPSIA QUE NO HA RECIBIDO ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESDE HACE 3 AÑOS. SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN, SE COORDINARA ATENCIÓN POR EL EQUIPO CALIFICADOR Y SE HARA REFERENCIA A NEUROLOGÍA - TRAE ANEXO DE PSICOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	11:35	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-07	11:35	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

