

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	LOOR	MERCEDES MARGARITA	23	09	1962	63 años, 7 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304827171	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CABELLO ADENTRO y	098-608-2743 /
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	1304827171	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	29
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

MUJER DE 63 AÑOS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 60% CON APP DE ESQUIZOFRENIA Y EPILEPSIAS CON CUADRO RECIENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJA LA CUAL REFIERE QUE SE HAN EXACERBADOS LAS CRISIS CONVULSIVAS, REFIERE 2 CRISIS POR DIAS DE DURACION PROLONGADAS ULTIMO EVENTO HACE 10 HORAS EXAMEN FISICO SIN RELEVANCIA , SIGNOS VITALES TA 130/83MMHG NIEGA SIGNO DE VASOESPASMO AL MOMENTO ASINTOMATICA COLABORA POCO CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICACIONES DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA CARBAMAZEPINA 400MG VO TID QUETIAPINA 25MG VO QD ---CLONAZEPAM 2.5 MG/ML DOSIS 7 GOTAS VO AM Y 10 GOTAS VO PM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	12:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-04-29	12:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	