

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TELLO	SALAZAR	FRANCIA YOLANDA	13	09	1963	62 años, 8 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305059451	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-200-0607 /
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	1305059451	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	05	26
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 ☐

EPILEPSIA, ULTIMA CRISIS CON ESTADO POST ICTAL MUY ALARGADO, ADORMECIMIENTO DE EXTREMIDADES POSTERIOR A CRISIS, NO PERDIDA DE SENSIBILIDAD

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD CLORTALIDONA 25 MG, EPILEPSIA ACIDO VALPROICO 500 MG ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE, MENCIONA CRISIS EPILEPTICA HACE 12 DIAS POSTERIOR A CUADRO DE ESTRES INDICA DOLOR Y DEBILIDAD ARTICULAR POSTERIOR A CRISIS , PACIENTE AL MOMENTO ACTIVA REACTIVA COLABORA CON INTERROGATORIO, SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA PARA CONTROLAR ENFERMEDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0982000607

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-26	11:28	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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 clínico

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
2026-05-26	11:28	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	