

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	RENDON	MARIA LUISA	22	07	1961	63 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305631994	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	OSWALDO LOOR y	096-334-4608 /
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	1305631994	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	01	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MEDIA CON APP DE EPILEPSIA EN TTO CON CARBAMAZEPINA 400 MG VO AM Y 200 MG VO PM, HTA EN TT CON LOSARTAN 100 MG VO AM, CLORTALIDONA 25 MG VO QD AM , AMLODIPINO 5 MG VO QD PM. PRESENTA EPISODIOS FRECUENTES DE CONVULSIONES LAS CUALES SE PRESENTAN CON DESVANECIMIENTO CON PERIODOS DE CONFUSION LAS CUALES SON DE TIPO GENERALIZADA NO TIENE HORARIO NI PERIODICIDAD SIN SIGNOS QUE ANTECEDAN DICHA EPILEPSIA, ADEMAS REFIERE QUE PRESENTA SENSACION DE PALPITACIONES DESDE HACE MAS O MENOS 8 DIAS DE EVOLUCION, FC ALTERADA, PRESION ARTERIAL NORMAL, NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NO SIGNOS VASOMOTORES. PACIENTE CON SIGNOS Y SINTOMAS ACTIVOS DE EPILEPSIA. SE INSTAURA MEDICACION DE ACIDO VALPROICO 500 MG DESPUES DE ALMUERZO PLAN FARMACOLOGICO: CARBAMAZEPINA 200 MG Y 400 MG ACIDO VALPROICO 500 MG DESPUES DE ALMUERZO. SE REALIZA PEDIDO DE MEDICACION POR ZIMBRA PLAN DX: TOMOGRAFIA DE CEREBRO. REFERENCIA A NEUROLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC CEREBRAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	11:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-01-09	11:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

