

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VERA	WASHINGTON JESUS	19	10	1968	57 años, 7 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306412733	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MALECON 2 y	099-551-2630 /
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	1306412733	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	06	15
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

MASCULINO DE 57 AÑOS. APP DE EPILEPSIA DE LARGA DATA (DESDE NIÑO EN TRATAMIENTO CON CARBEMAZEPINA 400MG C/12 HORAS, AHORA ACUDE POR CONTROL PARA RETIRO DE SU MEDICAMENTO Y REFIERE QUE HACE DOS SEMANA TUVO UN EPISODIO DE CONVULSIONES TONICOCLONICAS Y QUE DESPUES QUE LE DA LAS CRISIS PIERDE LA CONCIENCIA Y SE DESPISTA AL CAMINAR... NO RECONOCE A NADIE ...ETC... POR ELLO SE INDICA AUMENTAR LA DOSIS DE CARBAMAZEPINA 200MG EN LA MAÑANA Y TARDE Y 400MG POR LA NOCHE... EX. DE LAB. E I/C.- CO NEUROLOGIA... TAMBIEN REFIERE QUE SECUNDARIO A UNA CAIDA DEL MES PASADO PRESENTÓ EDEMA Y DAÑO DEL PARPADO INFERIOR...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA ESTUDIOS. TAC, ELECTROENCEWFALOGRA..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	15:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-15	15:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

