

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	DELGADO	BARBARA CLARA	12	03	1971	55 años, 4 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306684836	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA A PORTOVIEJO y VIA A PORTOVIEJO	098-118-1391 /
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	1306684836	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	07	14
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 clinico

PACIENTE CON APP: DIABETES MELLITUS TRATADA CON METFORMINA 500 mg. HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON ENALAPRIL 20mg + CLORTALIDONA 12.5mg UAN TABLETA EN LAS MAÑANAS Y AMLODIPINO 10 mg UNA TABLETA EN LAS NOCHES, EPILEPSIA CON TTO CON CARBAMAZEPINA 400 mg UNA TABLETA AL DIA, REFIERE CEFALEA MODERADA A GRAN INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE DECAIMIENTO Y CONVULSIONES A REPETICIÓN HASTA 8 EN UN DÍA, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA, ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, . RIES GO CV A 10 AÑOS: 15% (ALTO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 23 (ALTO). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UN MEJOR ESTUDIO. *** 0993089067 - 0998097631 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: PARENQUIMA CEREBRAL SIN HALLAZGOS EVIDENTES DE PATOLOGIAS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-14	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

