

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	ANDRADE	GUISELLA GUADALUPE	20	07	1975	50 años, 8 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307816585	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	098-251-9361 /
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	1307816585	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	10
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

PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE Epilepsia, EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. REFIERE QUE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS PRESENTA MALESTAR GENERAL INESPECÍFICO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE INQUIETUD Y TEMOR A PRESENTAR NUEVOS EPISODIOS CONVULSIVOS YA QUE HA HECHO MOVIMEINTO STONICOS CLINICOS. MANIFIESTA PERCEPCIÓN DE POSIBLE DESCOMPENSACIÓN DE SU CUADRO, LO QUE GENERA ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN. POR LO ANTERIOR, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA REEVALUACIÓN CLÍNICA, VERIFICACIÓN DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD, POSIBLE AJUSTE DE TRATAMIENTO ANTIEPILEPTICO Y DESCARTE DE FACTORES DESENCADENANTES. CUADRO ACTUAL SIN DATOS DE URGENCIA, PERO CON INDICACIÓN DE SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS TÓNICO CLONICAS DESDE HACE ALGUNOS AÑOS - A PESAR DE ESTAR BAJO TRATAMIENTO PERSISTEN - SIENDO LA ULTIMA HACE POCOS DIAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	15:57	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-04-10	15:57	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

