

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	ORELLANA	ROSA MERCEDES	16	06	1975	50 años, 6 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	1308648714	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VENCEREMOS y	099-042-1605 /
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	1308648714	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Neurología	2025	12	18	
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

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA A PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD AFECTADA TRAS INCENDIO PRODUCIDO EN CDLA UNIDOS VENCEREMOS EL DIA 16/12/2025 *** APP EPILEPSIA (DX HACE 13 AÑOS - CARBAMAZEPINA 400MG VO QD) + DM II (INSULINA). PACIENTE REFIERE HABER PRESENTADO CRISIS CONVULSIVA, TONICO CLONICA, PERDIDA DE CONSCIENCIA, SIN PERDIDA DE CONTROL DE ESFINTERES, DURACION DE 1 MIN. AL MMENTO DE LA VISITA, UN POCO ANSIOSA, PERO ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. *****AL EXAMEN FISICO, NO SE OBSERVAN QUEMADURAS NI LESIONES DERMICAS, SE OBSERVA PTERIGION EN OJOS. ***** SE SOLICITA APOYO POR ESPECIALIDAD TRAS EVENTO ESTRESANTE DESENCADENANTE DE CRISIS CONVULSIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD AFECTADA TRAS INCENDIO PRODUCIDO EN CDLA UNIDOS VENCEREMOS EL DIA 16/12/2025 *** SIN EVIDENCIA DE QUEMADURAS NI LESIONES DERMICAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-18	10:32	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-18	10:32	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

