

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ZORRILLA	ROGELIO YASMANI	08	09	1981	44 años, 6 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310745953	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	MANUELA DE JESUS ALVAREZ y	099-622-3207 /
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	1310745953	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	01
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 44 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: APENDICECTOMIA, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA REFIRIENDP QUE HACE UNOS DIAS TUVO UNA CONVULSION QUE TRAJÓ CONSIGO CONSECUENCIAS POSTERIORES, COMO DEBILIDAD, CEFALEA, Y PERDIDA DE MOVILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES, ESTUVO EN TTA EN EL TIPO C Y POSTERIOR EN EL NAPOLEON POR EMERGENCIA QUIENES TRATARON ENFERMEDADES PERO LE SIGUIENDO CONTROL NEUROLÓGICO, PACIENTE ACUDE A CONSULTA PARA VALORACION DE CRISIS. SE DESCRIBE UN EVENTO DE MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS DE EXTREMIDADES CON UNA DURACION DE 3 MINUTOS CARACETRIZADO POR SONMOLENCIA Y CONFUSION. NIEGA EFECTOS ADVERSOS PERO MENCIONA MAREO OCASIONAL. SE PRESENTA A CONTROL PARA SOLICITAR SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA Y EVALUAR LA NECESIDAD DE ESTUDIOS DE CONTROL PARA PLAN DE SEGUIMIENTO. 0996223207

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	11:52	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-04-01	11:52	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

