

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANDELA	MUÑOZ	ULFRIDO SIFFRIDO	29	03	1992	32 años, 11 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310822216	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CHORRERA y	098-301-3456 / (00)-000-0000
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	1310822216	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	03	09
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 MASCULINO DE 32 A DE EDAD, AP: EPILEPSIA (AC VALPROICO), CEFALEAS CRONICAS , AQX: , AF:MADRE DM HTA, ACUDE A CITA MEDICA POR MOTIVO DE ANTECEDENTE DE EPILEPSIA, PARA LA CUAL HA LLEVADO CONTROLES EN LOS ULTIMOS AÑOS CON ESPECIALIDAD (DONDE HAN REALIZADO TAC Y EEG, CON RESULTADOS NORMALES), PRESENTANDO EPISODIOS ESPORADICOS ,PRECEDIDOS DE CEFALEAS DE INTENSIDAD MODERADA. AL MOMENTO REFIERE QUE LOS ULTIMOS MESES NO HA RECIBIDO CONTROL Y NO HA TOMADO MEDICACION, HACE 2 SEMANAS PRESENTO EPISODIO CONVULSIVO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO DE APROX 6 H DE EVOLUCION, MOTIVO POR EL CUAL FUE LLEVADO A ER DE HGND, DONDE REALIZARON DE TAC DE CABEZA LA CUAL REPORTAN CON RESULTADO NORMAL . AL MOMENTO DE CONSULTA NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ALGUNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA HACE DOS SEMANAS PRESENTO EPISODIO EPILEPTICO POSTERIOR AL CUAL PRESENTO PERDIDA DE CONCIENCIA DE 6 H DE DURACION, AL MOMENTO NO LLEVA CONTROL POR ESPECIALIDAD MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REF. ACUDE CON CONTRAREFERENCIA DEL HGND LA CUAL REPORTA TAC DE CABEZA NORMAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	04:53	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-03-09	04:53	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

