

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VILLAMIL	PATRICIA PAOLA	02	01	1983	41 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310972532	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE DE LA FÉ y	099-399-6287 / (05)-269-8219
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	1310972532	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2024	12	06
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

ADULTA CON APP: EPILEPSIA EN TRATAMIENTO. REFIERE QUEDIAGNOSTICO TIENE 7 AÑOS PERO QUE CUADRO INICIO PREVIAMENTE INICIO COMO CEFALEA INTENSA DESDE HACE 10 AÑOS . ACTUALMENTE CON LEVITIRACETAM LAMOTRIGINA 1G VO TID LAMOTRIGINA 100 MG VO TID ACIDO VALPROICO 500 MG VO QD REPARTIDO EN DOS DOSIS . DESPIERTA CONSCIENTE ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS MENCIONA QUE A PESAR DE TRATAMIENTO CRISIS CONVULSIVAS SON REPETITIAS POR LO QUE SE SOLICITA ATENCION DE ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE CUENTA CON ESTUDIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS EPILEPSIAS	G408		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-06	11:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2024-12-06	11:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	