

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	ESMERALDAS	LUIS CLEMENTE	29	05	1984	41 años, 0 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	1311712788	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CABECERA DE BARQUERO y	099-018-5544 /
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	1311712788	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	06	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	☐	VALORACIÓN ANEXO 001	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE CONVULSIONES DESDE HACE 3 AÑOS, ACTUALMENTE FUE AUMENTADA DOSIS DE CARBAMAZEPINA A TID, SIN EMBARGO PERSISTEN EPISODIOS TÓNICOS CLÓNICO HASTA 3 Y 4 EPISODIOS POR SEMANA EN OCASIONES HASTA 2 POR DÍA. SE ENVIA A NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN Y LLENADO DE ANEXO 001, MEDICINA FAMILIAR ENTREGA DICHO ANEXO A PACIENTES CON DISCAPACIDADES VISIBLES EJ AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD O EN ADULTO MAYOR DEPENDIENTE POR SENILIDAD. SE INFORMA A PACIENTE QUE POSTERIOR A ANEXO DEBE SACAR CITA AL 171 OPCIÓN 4 EN TIPO C CON MEDICO CALIFICADOR. 0990185544

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-09	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-06-09	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

