

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALCIVAR	GRETTEY ALEXANDRA	17	12	1986	38 años, 3 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311958670	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA COTOPAXI y	099-081-0882 /
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	1311958670	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	03	28
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 38 AÑOS, CON APP: DISCAPACIDAD 59% FISICA, EPILEPSIA CON TTO CON LEVETIRACETAM 1000 MG QD. PACIENTE POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR INSOMNIO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN, PACIENTE REFIERE HABER PERDIDO SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA HACE 3 AÑOS. PACIENTE REFIERE QUE TOMA SU MEDICACIÓN DE BASE DIARIA Y AUN ASI REFIERE AGUDIZACIÓN DE CRISIS EPILEPTICAS EN LAS ULTIMAS SEMANAS. PACIENTE REFIERE QUE CAMBIO DE DOMICILIO A SAN ANTONIO HACE 7 MESES CON LA TIA YA QUE COMO CRISIS SE HAN AGUDIZADO SE CAMBIÓ A VIVIR EN ZONA URBANA POR EL MAYOR ACCESO A LOS SERVICIOS MEDICOS, YA QUE VIVÍA CON SUS PADRES PERO ELLOS VIVEN EN ZONA RURAL DE DIFICIL ACCESO, PACIENTE REFIERE PROBLEMAS FAMILIARES. AL EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PÁCIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0990810882 // 0990224507

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	09:04	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-28	09:04	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

