

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTALVAN	ZAMBRANO	JONNY GERARDO	04	07	1994	30 años, 7 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312166729	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	VIA VENADO y	098-903-3733 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312166729	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN	HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Consulta externa	Neurología	2025	02	17	
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

S: Paciente con capacidades especiales síndrome down, es traído por madre, refiriendo desde hace 5 años presenta movimientos involuntarios tónico clónicos , desde hace 2 meses iniciaron tratamiento con carbamazepina 200 mg vo qd, el cual a tenido buenas respuesta desde el inicio del tratamiento no a convulsionado.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

no tiene estudios de imagen

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-17	14:44	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	

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
2025-02-17	14:44	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	