

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	JESSENIA VALERIA	22	11	1994	30 años, 11 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312195082	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	PLATANELES y	098-496-2049 /
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	1312195082	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11	10
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

MUJER DE 30 AÑOS APP URTICARIA, TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, ACTUALMENTE EUTIROIDES ALERGIA MANI MARISCOS Y CITRICOS, APF; PADRES CON HIPERTENSION ARTERIAL, HERMANA CON HIPOTIROIDISMO, ACUDE AL CENTRO DE SALUD A CONTROL, REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 9 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONVULSIONES, NIEGA TIEMPO DE DURACION DE CRISIS, REFIERE QUE LOS EVENTOS SE PRESENTAN 3 VECES POR MES, ACOMPAÑADOS CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA, ULTIMA CRISIS HACE 8 DIAS CON MOVIMIENTO TONICOS CLONICOS TAMBIEN REFIERE CUADROS NAUSEAS Y VOMITOS CONSTATNTE, REFIERE PERDIDA DE PESO NO SE EVIDENCIA EN SISTEMA DICHA PERDIDA, REFIERE PERDIDAD DE CABELLO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA HOY NIEGA CEFALEA ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CON RESULTADOS DE LABORATORIO DE MES DE ENERO ANTI TPO 121,24 HORMONAS TIROIDES T4 LIBRE 1,20 TSH 2,47
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS	G404	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	10:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-11-10	10:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	