

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ORTIZ	GEMA JAMILETH	01	06	1996	29 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312347121	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDAL SANTA FE 2000 y	099-378-0262 / (98)-602-6897
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	1312347121	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	05	26
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD CON APP: SX DE DOWN, DISC INTELECTUAL 73%. EPILEPSIA? (TOPIROMATO 100MG) APF: NIEGA, AQX: APENDICECTOMIA AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR SOLICITUD DE REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA BASE, PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADA DE MADRE (ROSA ORTIZ) MISMA QUE REFIERE PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMATICA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. NORMOCEFALO, NO ADENOMEGALIAS, TORAX SIMETRICO, CSPS VENTIALDOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, EXTREMIDADES SEMTRICAS, NO EDEMA. SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO ACEPTABLE, IMC SOBREPESO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-26	09:20	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-26	09:20	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

