

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	VERGARA	JONATHAN ROLANDO	02	08	1995	31 años, 0 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312374935	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN BARTOLO y SAN BARTOLO	099-859-8960 /
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	1312374935	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	08	04
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

HOMBRE DE 31 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA 85% CON APP DE EPILEPSIA Y PARALISIS CEREBRAL, Y TRASTORNO DEL SUEÑO MADRE REFIERE ULTIMA CRISIS CONVULSIVAS HACE 5 MESES, EN CONTROL EN HOSPITAL DE CHONE PACIENTE EN SEDESTACION AL EXAMEN FISICO SIN RELEVANCIA. SIGNOS VITALES NORMALES. AL MOMENTO ALERTA Y ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTINUA CON INDICACIONES DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA *OXACARBAMACEPINA 600MG VO TID, *LEVETIRACETAM 1GR VO TID, *RISPRIDONA 1MG/ML DOSIS *10 GOTAS 8AM *5 GOTAS 2PM *10 GOTAS 8PM. *QUETIAPINA 50MG VO HS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]	G470		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	11:40	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
2026-08-04	11:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	