

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	MENDOZA	PATRICIO FAVIAN	11	05	1987	39 años, 0 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312628991	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL VENADO y	000-000-0000 /
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	1312628991	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	06	02
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 clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE EPILEPSIA SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO HACE +/- 11 AÑOS, DE EVOLUCIÓN RÁPIDA Y SIGNIFICATIVA EN SU CONDICIÓN, CRISIS EPILEPTICAS 2-4 VECES AL MES SIN AURA, CON TTO CON ACIDO VALPROICO 500mg UNA TABLETA DIARIA Y CARBAMAZAPINA 200mg UNA TABLETA DIARIA, IMSOMNIO SECUNDARIO A EPILEPSIA, CON TTO CON CLONAZEPAM 2.5mg/ml 5 GOTAS EN LAS NOCHES POST CRISIS, PROVOCANDO CAMBIOS CONDUCTUALES COMO IRRITABILIDAD, DESORGANIZACIÓN Y EPISODIOS DE AGRESIVIDAD. RIESGO CV A 10 AÑOS: 2% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 9 (LEVEMENTE). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA. *** 0959405434 - 0996841477 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, SE LO OBSERVA SERIO, HABLA POCO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS EPILEPSIAS	G408		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	11:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-02	11:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

