

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	PAZMIÑO	MARIA FERNANDA	11	04	1988	37 años, 6 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312901182	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PAEZ y ALEJO LASCANO	098-864-4499 /
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	1312901182	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11	06
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

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD EN TRATAMIENTO POR EPILEPSIA TRATADA CON CARBAMAZEPINA 200 MG BID, ULTIMA CRISIS HACE DOS DÍAS 04/11/2025. PACIENTE REFIERE QUE LA MEDICACIÓN NO ESTA AYUDANDOLE CON LA ENFERMEDAD, REFIERE CEFALEA INTENSA A DIARIO NO ACOMPAÑADA DE NAUSEAS NI VOMITO. INDICA QUE LA DOSIS PUEDE NO ESTAR HACIENDO EFECTO Y QUE HA ESTADO MODIFICANDOLA POR SU CUENTA, ENTRE 200MG O 400 MG CADA TOMA. ADEMÁS AÑADE ORGASMOS DEMASIADO RÁPIDOS (EN MENOS DE 5 MINUTOS) REFIERE NO TENER HORARIO FIJO DE ALIMENTACIONES. HORAS DE SUEÑO: +- 10 HORAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ANSIOSA Y PRECUPADA. PRESENCIA DE TICS NERVIOSOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-06	08:04	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA
CUSME
Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-11-06	08:04	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	