

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	MOREIRA	JORGE LUIS	13	08	2001	24 años, 10 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313137620	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA ZAPALLO CONVENTO y	099-466-7441 /
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	1313137620	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	08
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 DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65% EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON QUETIAPINA, + RISPERIDONA 6 CADA 12 HORAS ACUDE A CONTROL MÉDICO. FAMILIAR REFIERE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO, SIN EVENTOS ADVERSOS RELEVANTES. SE MANTIENE ESTABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA CONDUCTUAL, SIN DATOS DE AGITACIÓN AGUDA NI OTROS CAMBIOS CLÍNICOS DE IMPORTANCIA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES ESTABLES. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. NEUROLÓGICO: CONSCIENTE, COLABORACIÓN LIMITADA ACORDE A SU CONDICIÓN, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL EVIDENTE. CARDIOPULMONAR: SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR SERVICIO DE NEUROLOGIA AMERITA VALORACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	12:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-08	12:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

