

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MEZA	CARLOS ANTONIO	21	06	1991	34 años, 9 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313221051	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	096-854-5352 /
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	1313221051	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	03	25
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

ADULTO JOVEN CON APP DE EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA 400 MG BID, ACIDO VALPROICO 500MG DESPUES DE ALMUERZO (SUSPENSION DE TRATAMIENTO) , PACIENTE PRESENTA EPISODIOS REPETITIVOS DE MOVIMIENTOS TONICO- CLONICOS DE MANERA GENERAL EN EL CUAL SE PRESENTA DESDE HACE MAS O MENOS 2 MESES, HACE DOS SEMANAS PRESENTA EPISODIOS CON MAYOR FRECUENCIA (MUERTE DE FAMILIAR PADRE), INSOMNIO. PACIENTE CON DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO, SOMNOLENCIA. PLAN FARAMACOLOGICO: CARABAMAZEPINA 400 MG BID (120 TABLETAS) , ACIDO VALPROICO 500 MG DESPUES DE ALMUERZO. PLAN DX: TOMOGRAFIA CEREBRAL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN DX: TOMOGRAFIA CEREBRAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	12:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2026-03-25	12:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	