

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	CARMEN AMPARO	14	11	1993	32 años, 6 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313522045	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 9 DE OCTUBRE y	999-999-9999 / (99)-939-1482
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	1313522045	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	05	19
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 32 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 49%, ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON CARBAMACEPINA 200 MG DOS VECES AL DIA, PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE DERRAME CEREBRAL EN AÑOS PREVIOS, ASOCIADO A LIMITACION FUNCIONAL DE HEMISFERIO DERECHO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE ESTABLE, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA LIMITACIÓN PARA REALIZAR MOVIMIENTO DE EXTREMIDAD SUPERIOR E INFERIOR DERECHA, PACIENTE REFIERE ADEMÁS CEFALEA PERSISTENTE Y RECURRENTE, SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR A LOS 9 AÑOS, AL MOMENTO EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA 200 MG, REFIERE CEFALÉAS CONSTANTES, ÚLTIMO EPISODIO DE CONVULSIÓN HACE 1 MES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	08:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	

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
2026-05-19	08:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	