

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	MEZA	JASSON STEVEN	07	05	2000	25 años, 9 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313866277	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS RADISTAS y	099-072-0839 /
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	1313866277	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	03	05
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 ☐

SEGUIMIENTO Y CONTROL

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON APP: EPILEPSIA (TRATAMIENTO CON LEVETIRACETAM 1000MG) AQX: NIEGA APF: NIEGA AA: NIEGA PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU PADRE PABLO LOPEZ POR MOTIVO DE CUADRO CLINICO DE CONVULSIONES TONICO CLONICAS EL DIA 04/03/2026 DE APROXIMADAMENTE 3 MINUTOS SEGÚN REFIERE PADRE, AL MOMENTO DEL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE QUE LLEVA CONTROLES CON NEUROLOGO EN HNDC SIN EMBARGO, NO CUENTA CON UNA NUEVA CITA PARA SUS CONTROLES Y RETIRO DE MEDICACION, MENCIONA QUE NEUROLOGO LE DICE QUE ACUDA PARA SOLICITAR NUEVA REFERENCIA. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, HIDRATADO Y AFEBRIL. AL EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, CUELLO SIMETRICO, NO ADENOMEGALIAS, TORAX CON BUENA ELASTICIDAD, CS PS VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, RSCS RITMICOS, NO RUIDOS AÑADIDOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, EXTREMIDADES SIMETRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	13:31	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-03-05	13:31	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

