

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno VELEZ	Apellido Materno NAVARRETE	Nombres MIGUEL DAVID	Fecha de Nacimiento 06 08 2007 día mes año			Edad 18 años, 2 meses, 10 días a-m-d	Sexo Hombre 1=H 2=M
Nacionalidad ECUATORIANO/A	País ECUADOR	Identificación 1314133461	Lugar de residencia MANABI FLAVIO ALFARO Provincia Cantón Parroquia			Dirección LAS CAÑAS y LAS CAÑAR Calle Principal y Secundaria	No Telefónico 096-736-2080 / Conveccional/Celular
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos					

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema MSP	His. Clínica No. 1314133461	Establecimiento de salud FLAVIO ALFARO	Tipo CENTRO DE SALUD TIPO B	Distrito/Area 13007 / ZONA 4
MSP	Refiere o Deriva a: HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Fecha 2025 10 16 día mes año	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Consulta externa	Neurología	
		Servicio	Especialidad	

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 CON APP DE EPILEPSIA, PARALISIS CEREBRAL, DISCAPACIDAD INTELECTUAL 90%, ACUDE FAMILIAR POR RETIRO DE MEDICACION Y REFERENCIA , AL MOMENTO AFEBRIL, TIENE BUEN APETITO , ORINA Y PRESENTA ESTREÑIMIENTO , (USA PAÑAL) , FAMILIAR REFIERE QUE PRESENTA CUADROS DE CONVULSION LEVE 3 VECES AL DIA ,DEPENDIENTE EN TODO, PRESENTA UNA FISTULA ANAL, FUE VALORADO CON ESPECIALISTA, NOS REFIERE QUE NO PUEDE OPERARLO POR SU CONDICION FISICA (SEGUN EL FAMILIAR) SE MOVILIZA EN SILLA DE RUEDA, SE HACE REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA MEJOR VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	12:36	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	 Roger Mamani Mayta

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2025-10-16	12:36	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	