

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TAFUR	NAPA	CARLOS ALFONSO	09	07	1998	27 años, 10 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314424001	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CIRIACO y	096-822-0992 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1314424001	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	06	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 MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR ANTECEDENTES DE EPIPEPSIA DE HACE 2 AÑOS, ESTA EN TRATAMIENTO CON LEVETIRACETAM 1000MG CADA DIA, REFIERE SINTOMATOLOGIA DE EPILEPSIAS MIOCLONICAS SIN PERDIDA DE CONCIENCIA, PACIENTE REFIERE ESTAR EN TRATAMIENTO CON EL NEUROLOGO DE HOSPITAL NAPOLEON DAVILA, ELECTROENCEFALOGRAMA DEL 23-04-2024 REPORTA ACTIVIDAD EPILEPTIFORME EN REGION TEMPOROFONTAL DERECHA, SE REALIZA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NEUROLOGIA.

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
2026-06-08	11:35	Medicina Rural	CANDY ANTHONELLA TUMBACO FIGUEROA	1313477851	

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
2026-06-08	11:35	Medicina Rural	CANDY ANTHONELLA TUMBACO FIGUEROA	1313477851	