

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	TOBAR	LEONARDO GABRIEL	26	06	2002	23 años, 0 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	1314590363	MANABI	CHONE	RICAURTE	JULIO ANDRADE y VICTOR IZSIN	096-121-5112 / (00)-000-0000
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	1314590363	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	07	22
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 22 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APF: PADRE CON DM, BISABUELO MATER FALLECIDO CON CA TIROIDES, PRIMA FALLECIDA (26 AÑOS) CON CA DE COLON CON MULTIPLES METASTASIS. ALERGIAS MEDICAMENTOS: NO REFIERE. AQX: NO REFIERE. AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR ESTADOS CONVULSIVOS NO ESPECIFICADOS, EN CANTIDAD DE 3 DURANTE EL PRESENTE AÑO, ULTIMA EVIDENCIADA EN JUNIO. RECIBE ATENCIÓN POR ESPECIALISTA EL 20-06-2024 E INDICA TRATAMIENTO CON DIVALPROATO SÓDICO 500MG VO CADA 12 HORAS + COMPLEJO B 1 TABLETA DIARIA. SE REALIZA ELECTROENCEFALOGRAMA EL 13-06-2024 MISMA QUE REPORTA COMO CONCLUSION: ESTUDIO DURANTE ESTADO DE VIGILIA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CRISIS SINCOPALES Y TRASTORNO DE MEMORIA EN EL QUE SE OBSERVA UN RITMO ALFA SINUSOIDAL, SE EVIDENCIA TRAZADO ELECTROENCEFALOGRAFICO DE BASE ORGANIZADO PARA SU EDAD, CON SIMETRIA INTERHEMISFERICA PRESENTE. SE OBSERBAN GRAFOELEMENTOS EPILEPTOGENICOS DURANTE REGISTRO COMO EPILEPSIA FOCAL DE LOBULO TEMPORAL. PACIENTE REFIERE QUE EN SU ULTIMO CONTROL NEUROLOGICO, ESPECIALISTA SOLICITA REFERENCIA PARA PSIQUIATRIA RAZON POR LA CUAL SE REALIZA DES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.

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
2025-07-22	15:21	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-07-22	15:21	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

