

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	TOBAR	LEONARDO GABRIEL	26	06	2002	24 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	RICAURTE y	099-167-4709 / (00)-000-0000
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	1314590363	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	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 23 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES, PERO CON HISTORIA FAMILIAR RELEVANTE: PADRE CON DIABETES MELLITUS, BISABUELO MATERNO FALLECIDO POR CÁNCER TIROIDEO Y PRIMA FALLECIDA A LOS 26 AÑOS POR CÁNCER DE COLON METASTÁSICO. ACUDE POR PRESENTAR TRES EPISODIOS CONVULSIVOS EN LO QUE VA DEL AÑO, EL ÚLTIMO EN MAYO. FUE EVALUADO POR NEURÓLOGO A INICIOS DE ESTE AÑO, QUIEN INDICÓ LEVETIRACETAM 1000MG CADA 12 HORAS. ELECTROENCEFALOGRAMA REALIZADO EL 13-06-2024 REPORTA RITMO ALFA SINUSOIDAL, TRAZADO ORGANIZADO Y SIMÉTRICO PARA SU EDAD, CON GRAFOELEMENTOS EPILEPTOGENICOS COMPATIBLES CON EPILEPSIA FOCAL DEL LÓBULO TEMPORAL. ACTUALMENTE, SOLICITA RENOVACIÓN DE REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO, EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y MONITOREO DE EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ELECTROFISIOLÓGICA. ANTE EL DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE EPILEPSIA FOCAL Y LA NECESIDAD DE AJUSTE TERAPÉUTICO A LARGO PLAZO, SE EMITE REFERENCIA AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA EN NIVEL SECUNDARIO.

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
2026-07-22	10:45	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-07-22	10:45	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

