

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICA	ARAY	VERONICA BENAZIR	21	04	2000	25 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314962539	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RAYMUNDO AVEIGA y	098-050-6182 /
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	1314962539	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	09
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD APP: EPILEPSIA (SIN TRATAMIENTO) DISCAPACIDAD INTELECTUAL 46% APF: PADRE DM AQX: COLECISTECTOMIA (HACE 5 AÑOS) AA: NIEGA, PACIENTE ACUDE CON MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO CARACTERIZADO POR SOMNOLENCIA, ADEMAS DE PRESENTAR MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS SIN PERDIDA DE CONCIENCIA NI DE ESFINTERES. MADRE REFIERE QUE LLEVABA CONTROLES CON NEUROLOGIA SIN EMBARGO YA LLEVA 5 AÑOS SIN TRATAMIENTO NI SEGUIMIENTO POR MOTIVOS PERSONALES. SU PATOLOGIA BASE FUE DIAGNOSTICADA DESDE LOS 2 MESES DE EDAD. MADRE REFIERE QUE SUS CUADROS CONVULSIVOS SUCEDIERON HASTA LOS 8 AÑOS DE EDAD, SIN EMBARGO, ACTUALMENTE HA OBSERVADO INICIOS DE SUS SINTOMAS. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ELECTIVO. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALA, NO ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO CSPS VENTILADOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMA

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
2026-03-09	10:14	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
2026-03-09	10:14	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

