

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	RAMON BIENVENIDO	13	10	1998	27 años, 7 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314997691	MANABI	CHONE	CONVENTO	LAS MARIAS y	096-137-4924 / (96)-137-4924
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	1314997691	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	05	21
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 DE 27 AÑOS C ON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL, SECUELAS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO POR ACCIDENTE EN MOTO APQ CRANEOTOMIA DESCOMPRESIVA APP EPILEPSIA TOMA LEVITIRAZETAM 1GR CADA 24 HORAS ACUDE A CONTROL MÉDICO ACOMPAÑADO DE CUIDADORES. PADRE AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE, COLABORADOR ACORDE A SUS CAPACIDADES, ORIENTADO PARCIALMENTE. FAMILIAR REFIERE ADECUADA TOLERANCIA A LA ALIMENTACIÓN Y SUEÑO CONSERVADO. NO PRESENTA FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA NI OTROS SIGNOS DE ALARMA. SE EVIDENCIA LIMITACIÓN EN FUNCIONES COGNITIVAS Y DE COMUNICACIÓN, DEPENDIENTE PARCIAL PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. NEUROLÓGICO: PACIENTE VIGIL, CON DÉFICIT COGNITIVO CONOCIDO, SIN FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA AGUDA. CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES RELEVANTES. ABDOMEN SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. EXTREMIDADES SIN EDEMA. PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN CONTROLES POR SERVICIO DE NEUROLOGIA AMERITA VALORACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	10:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-05-21	10:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

