

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REINA	FAUBLA	CARMEN DAYANNA	16	07	2006	19 años, 11 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315121531	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	PLATANALES y	098-315-9228 /
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	1315121531	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	30
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

MUJER DE 19 AÑOS DE EDAD CON APP EPILEPSIA 5 AÑOS DE EVOLUCION CON EMBARAZO DE 7,4 SG POR ECO TEMPRANA Y 8.2 SG POR FUM (03/05/26) AGO; G1 P0 C0 A1 APF: HTA PADRES, TIO MATERNO CON DIABETES, APQX: NIEGA, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE A CONTROL DE SALUD DERIVADA DE OBSTETRICIA POR PATOLOGIA DE BASE, REFIERE TTO ACTUAL ACIDO VALPROICO 500MG VO QD (DC) HACE 3 MESES, NIEGA NOVEDADES, NIEGA CUADRO EPILEPTICO, ULTIMO 5 MESES NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCOTOMA, NIEGA ACUFENOS NIEGA SECRECIONES, NIEGA SIGNO DE VASOESPAMO. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, GLOBULOSO, CORRESPONDIENTE A EMBARAZO, DEPRESIBLE RHA PRESENTES SIGNOS VITALES TENSION ARTERIAL 125/75MMHG NIEGA SINGO DE VASOESPASMO HOY ALERTA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE CONTROL SE INSTAURA LEVITERACETAM 500MG VO QD AM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	15:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-06-30	15:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	