

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	YIRELY NAHOMI	08	11	2008	17 años, 7 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	1315416642	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RIO SANTO y	999-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315416642	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	24
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 ADOLESCENTE ACUDE ACOMPAÑADA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE HEMIATROFIA CEREBRAL, PROBABLEMENTE DEL HEMISFERIO DERECHO, SIN RECORDAR CON EXACTITUD EL LADO AFECTADO. FUE VALORADA PREVIAMENTE EN EL CERI PORTOVIEJO, DONDE SE INDICÓ TRATAMIENTO CON RISPERIDONA 10 GOTAS VO EN LA MAÑANA Y 10 GOTAS VO EN LA NOCHE. MADRE REFIERE ADEMÁS ANTECEDENTES DE CRISIS DE AUSENCIA, MOVIMIENTOS ANORMALES Y EPISODIOS DE AGRESIVIDAD DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN. COMO ANTECEDENTES PERINATALES, MADRE MANIFIESTA QUE DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE GESTACIÓN PRESENTÓ PATOLOGÍA DE VESÍCULA BILIAR, RECIBIENDO MÚLTIPLES MEDICAMENTOS ANTES DE CONOCER SU ESTADO DE EMBARAZO, EL CUAL FUE IDENTIFICADO APROXIMADAMENTE A LOS CUATRO MESES DE GESTACIÓN. POSTERIORMENTE CURSÓ UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON DIVERSAS COMPLICACIONES, INCLUYENDO UNA CAÍDA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS DE EMBARAZO. AL NACIMIENTO, LA PACIENTE PRESENTÓ HIPOXIA NEONATAL, REQUIRIENDO SOPORTE CON OXÍGENO. SE EMITE REFERENCIA AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y SEGUIMIENTO DE SU PATOLOGÍA NEUROLÓGICA DE BASE, REEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y AJUSTE TERAPÉUTICO SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANTECEDENTE DE HEMIATROFIA CEREBRAL, PROBABLEMENTE DEL HEMISFERIO DERECHO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES DE INICIO LOCALIZADO	G400		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	08:45	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

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
2026-06-24	08:45	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

