

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	ORELLANA	PATRICIO XAVIER	30	10	2004	20 años, 4 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315621514	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA GONZALEZ y 093-946-9592 / (99)-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	1315621514	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	03	12
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 20 AÑOS DE EDAD, MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA NI MEDICADA, ACUDE A CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA POR ACUDIR A LA EMERGENCIA POR MOVIMIENTOS TONICOCLONICOS PRESENTADOS EL DIA DE AYER SIN CAUSA APARENTE, HACE DOS AÑOS PRESENTÓ EPISODIO SIMILAR TUVO CONTROL CON NEURÓLOGO 4 MESES Y FUE DADO DE ALTA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SE PALPA MASA MOVIL DE 1 CM EN REGION RETROAURICULAR IZQUIERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MOVIMIENTOS TONICOCLONICOS DE APARICION SUBITA SIN CAUSA APARENTE, ANTECEDENTE DE EPISODIO SIMILAR HACE DOS AÑOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	09:02	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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