

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	CHINGA	DANIELA NICOLLE	06	09	2002	23 años, 2 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315679413	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO - SITIO LIMON	0997591298 /
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	1315679413	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	11	14
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 FEMENINA DE 23 AÑOS EN PERIDO DE LACTANCIA - CON APP DE EPILEPSIA NO TRATADA SIN CRISIS RECURRENTE HACE 3 MESES - OBESIDAD GRADO I - AMENORREA DE 7 MESES SECUNDARIA A METODO ANTICONCEPTIVO DE IMPLANTE - EN BUENAS CONDICIONES SIN SINTOMAS ASOCIADOS - REFEIRE DOLOR EN TALON DEL PIE IZQUIERDO DESDE HACE 1 MES EVA 5/10 NO SE IRRADIA SE ACOMPAÑA INCONES - PESADEZ - ADORMECIMIENTO - QUE SE EXACERVA EN CAMINATA PROLONGADA - NO A TENIDO TRAUMATISMOS - SE REFIERE A NEUROLOGIA PARA ESQUEMA PACTE EN INCUMPLIMIENTO FARMACOLOGICO - SE SOLICITA RX DE TALON

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
2025-11-14	11:49	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 firmado electrónicamente por DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-14	11:49	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	