

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	HIDALGO	JESUS ALBERTO	06	08	1999	26 años, 11 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315936250	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BADEAL y	098-943-3371 / (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	1315936250	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	2026	07	07
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 26 AÑOS QUE LLEVA CONTROL DE EPILEPSIA CON LAMOTRIGINA 100MG C8H - ACIDO VALPROICO 500MG AM - 1000MG PM REFIERE ESTAR ASINTOMATICO AFEBRIL - A PRESENTADO CRISIS CONVULSIVAS QUE HAN DISMINUIDO DE INTENSIDAD Y NUMERO LLEGANDO SOLO A PRESENTAR CAMINATA EN RETOCESO - SE SIENTA - PERDIDA DE CONTROL DE ESFINTER URINARIO - APNEA - Y RECUPERA CONSCIENCIA EN UN LAPSO DE 2 - 3 MINUTOS / A VALORACION PRESENTA 2 FORUNCULOS EN AXILA IZQUIERDA - SE RECOMIENDA SEGUIR TRATAMIENTO NEUROLOGICO EN PROCESO DE ADAPTACION - SE ENVIA EKG - MUPIROCINA CREMA TOPICA CADA 12H POR 10 DIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

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
2026-07-07	15:15	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

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
2026-07-07	15:15	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	