

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	MARCILLO	SHEYLA MARILU	26	12	2009	16 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315946721	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL JUNCAL y LOS TAMARINDOS	098-599-6492 /
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	1315946721	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	07	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ADOLESCENTE CON APP DE DISCAPACIDAD FISICA 88% SECUNDARIO A EPILEPSIA Y RETRASO MENTAL GRAVE , TOMA FENITOINA (125ml) 5cc A LAS 7AM, RISPERIDONA 10 GOTAS PM, REFIERE FAMILIAR QUE ESTA BIEN, BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO HA TENIDO CRISIS EPILEPTICAS, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA CONTROL SUBSECUENTE. ***0985996492 - 0963644434 ***
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RETRASO MENTAL MODERADO - GRAVE, RETRASO EN EL HABLA, HIPERQUINESIA.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-06	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	