

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYES	BASURTO	BRIANA JULIETH	15	07	2010	15 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316007432	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MERCEDES y CALLEJON SIN NOMBRE	098-597-2085 / (98)-597-2085
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	1316007432	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	08	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 DE 15 AÑOS, CON DISCAPACIDAD FISICA 84%, EPILEPSIA EN TTO CON ACIDO VALPROICO 5 ML DOS VECES AL DÍA. CON APF: NO REFIERE, ACUDE EN SILLAS DE RUEDAS CON MADRE (CUIDADORA), PACIENTE AL MOMENTO EN TERAPIA FISICA EN EL HOSPITAL NAPOLEON, MADRE REFIERE NO HA PRESENTADO SINTOMAS ASOCIADO A ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS DÍAS. ACUDE POR NECESIDAD DE CONTROL POR NEUROLOGÍA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON EPILEPSIA Y PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPEJICA QUE REQUIERE VALORACION POR NEUROLOGIA.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	07:51	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	 Diana Kathiusca Zambrano Andrade Time Stamping Security Data

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
2025-08-06	07:51	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

