

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	ALEX DARIO	29	03	2002	23 años, 6 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316610334	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y	098-310-3939 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1316610334	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	10	08
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 23 años de edad que acude a consulta por presentar episodios de pérdida de memoria recurrente, refiriendo olvidos frecuentes de hechos recientes y dificultad para concentrarse. Además, presenta movimientos tónicos-clónicos en ocasiones, de inicio súbito, con pérdida del control postural y posterior somnolencia, sin antecedente traumático reciente. No refiere consumo de sustancias psicoactivas ni antecedentes familiares de epilepsia. Al examen físico, paciente consciente, orientado parcialmente en tiempo y espacio, con lenguaje coherente, signos vitales dentro de parámetros normales. No se evidencian déficits motores ni sensitivos en la evaluación neurológica básica.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

pérdida de memoria recurrente, refiriendo olvidos frecuentes de hechos recientes y dificultad para concentrarse.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	F067	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	21:37	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-10-08	21:37	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	