

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MURILLO          | ROMERO           | ANIA ARACELY | 30                  | 12  | 2009 | 15 años, 7 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                        | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|----------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316680485        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CDLA LA VICTORIA y SEGUNDA CALLE | 098-995-1543 /       |
| 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                 | 1316680485      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2025  | 08  | 22  |
| 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 FEMENINO DE 15 AÑOS DE EDAD. APP: EPILEPSIAS TRATADA CON TOPITAL 100 MG, DISCAPACIDAD FISICA 50%. AA: EPAMIN ¿?. APQX: TRAQUEOTOMIA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU HERMANO QUIEN SOLICITA REFERENCIA. AL INTERROGATORIO MENCIONA CONVULSIONES A REPETICION (APROXIMADAMENTE DOS VECES AL MES), PERIODO POSICTAL DE LARGA DURACION (APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS), ULTIMO CONTROL CON NEUROLOGIA HACE UN AÑO. EXAMEN FISICO SIN NOVEDAD. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON INTERROGATORIO. TELF: 0988337494

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-22 | 15:35 | Medicina Rural | VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE | 1313436931 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-22 | 15:35 | Medicina Rural | VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE | 1313436931 |       |