

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ZAMBRANO	GREGORIO NOLBERTO	15	09	2008	16 años, 4 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316680949	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA ESTRELLA y	095-920-5429 /
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	1316680949	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2025	01	18
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 MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD. DISCAPACIDAD FISICA DEL 80%. APP: EPILEPSIA EN CONTROL CON VALCOTE 5 ML CADA 8 HORAS. INSOMNIO. APF: PADRE HIPERTENSO. ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA. APQX: CIRUGIA DE TENDON EN PIE DERECHO. ACUDE EL DIA DE HOY POR RETIRO DE MEDICACION. DURANTE EL INTERROGATORIO MENCIONA CUADRO CLINICO DE 72 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, CONGESTION NASAL Y TOS. MENCIONA ADEMAS QUE ESTA ULTIMA SEMANA ESTA TENIENDO CONVULSIONES RECURRENTES. 5 EN LAS ULTIMAS 24 HORAS. CADA CONVULSION DE APROXIMADAMENTE 5 MINUTOS DE DURACION QUE CONCLUYEN CON SOMNOLENCIA DEL PACIENTE. PACIENTE SI RECUPERA LA CONSCIENCIA ENTRE UNA CONVULSION Y OTRA. EL RESTO DEL INTERROGWTORIO SIN NOVEDAD. AL EXAMEN FISICO SE ESCUCHAN CREPITANTES BASALES BILATERALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON AUMENTO EN EL NUMERO DE CRISIS EPILEPTICAS SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-18	09:35	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-18	09:35	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

