

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SANCHEZ	IKER MAXIMILIANO	24	03	2012	14 años, 1 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316950672	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDL JORGE GALLARDO y	099-227-6796 / (99)-999-9999
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	1316950672	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	2026	05	12
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 14 años con antecedente de discapacidad intelectual del 68%, en tratamiento farmacológico con risperidona 2 mg cada 12 horas, ácido valproico 500 mg cada 24 horas y quetiapina 100 mg cada 24 horas. Acude para actualización de referencia - Durante el último mes presenta episodios compatibles con crisis de ausencia, de inicio reciente, sin datos de trauma asociado ni otra sintomatología neurológica adicional referida - a presentado contractura muscular en área lumbar por movimiento inapropiado de varias semanas de evolución - Al momento se encuentra hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico agudo evidente en consulta - Se refiere a Neurología

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	13:26	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Validar únicamente en FirmaBC.
Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES

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
2026-05-12	13:26	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	