

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACAY	CEDEÑO	ANTHONY LEODAN	02	05	2010	14 años, 9 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317110631	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CAPILLA DE ÑAUSE y	099-108-1776 /
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	1317110631	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	02	21
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 DE EDAD CON APP DE EPILEPSIA EN TRATAMIENTO REFIERE CUADRO DE CRISIS TONICO CLONICAS EN EL ULTIMO MES (5), CON PERDIDA DE CONSCIENCIA, POSTERIOR CEFALEA INTENSA 7-10 EVA + PALPITACIONES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADO EN TRES ESFERAS, NO SIGNOS DE ALARMA, NO SIGNOS DE DESHIDRATACION. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, NO RUIDOS PATOLOGICOS AÑADIDOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION. EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMA.PACIENTE CON BAJA TALLA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE CUADRO DE CRISIS TONICO CLONICAS EN EL ULTIMO MES (5), CON PERDIDA DE CONSCIENCIA, POSTERIOR CEFALEA INTENSA 7-10 EVA + PALPITACIONES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-21	17:40	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
2025-02-21	17:40	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

