

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVARADO	ANDRADE	ARIEL ALEJANDRO	18	08	2009	16 años, 1 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317201281	MANABI	CHONE	CANUTO	RIO GRANDE y X	098-771-9373 / (05)-222-2222
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	1317201281	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	09	25
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 16 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRASTRA. ANTECEDENTE DE UN EPISODIO CONVULSIVO HACE ~1 AÑO, TRATADO EN SU MOMENTO; EN ESE CONTEXTO SE LE REALIZÓ TOMOGRAFÍA CRANEAL Y SE INFORMÓ LA PRESENCIA DE “UN QUISTE” (LOCALIZACIÓN NO RECORDADA). DESDE ENTONCES NO HA MANTENIDO CONTROLES. EN LOS ÚLTIMOS DÍAS PRESENTA CEFALÉAS EN AUMENTO, DE INICIO ESPONTÁNEO, CARÁCTER PULSATIL, LOCALIZADAS DE OCCIPITAL A PARIETAL DERECHA, QUE COMIENZAN A AFECTAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, ALTERACIONES VISUALES, DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO, VÉRTIGO O TRAUMATISMO RECIENTE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, COLABORADOR Y SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUISTE EN EL CEREBRO SEGUN REFIERE LA MADRASTRA EN TOMOGRAFIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE EL 30-03-2024

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	13:00	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2025-09-25	13:00	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

