

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	MERO	CRISTOFER ISAAC	29	02	2012	14 años, 3 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317338786	MANABI	CHONE	CONVENTO	SUSPIRO y	099-119-2092 /
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	1317338786	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	04
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

SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE CON ANTECEDENTE CONOCIDO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL , DEL 75% DEPENDIENTE PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, REQUIERE SUPERVISIÓN PERMANENTE POR FAMILIAR/MADRE Y PADRE DURANTE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA LIMITACIÓN IMPORTANTE EN LA COMUNICACIÓN VERBAL Y EN LA INTERACCIÓN SOCIAL. SE OBSERVA CONDUCTA TRANQUILA CON RESPUESTA PARCIAL A ESTÍMULOS Y OBEDIENCIA LIMITADA A ÓRDENES SIMPLES. FAMILIAR REFIERE ESTABILIDAD CLÍNICA GENERAL, CON EPISODIOS CONVULSIVOS RECIENTES, SIN FIEBRE NI SIGNOS DE INFECCIÓN AGUDA. ALIMENTACIÓN Y PATRÓN DE SUEÑO CONSERVADOS/ALTERADOS. CONTINÚA CON APOYO FAMILIAR PERMANENTE Y CONTROLES PERIÓDICOS. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, HIDRATADO, AFEBRIL. NEUROLÓGICAMENTE CON DÉFICIT COGNITIVO SEVERO CONOCIDO, LENGUAJE LIMITADO O AUSENTE, ORIENTACIÓN NO VALORABLE. SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA AGUDA. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON EPILEPSIA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE NEUROLOGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	23:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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 clínico

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
2026-06-04	23:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

