

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANDOVAL	ROSADO	DANNA MONSERRATE	16	02	2011	15 años, 4 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317515623	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-198-2793 /
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	1317515623	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	15
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

☐

VALORACION POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA POR ANTECEDENTES DE EPILEPSIA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD , SEXO MUJER CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA, DESDE HACE 4 AÑOS , CON TRATAMIENTO LEVETIRACETAM 1000 LA MITAD DE LA TABLETA EN LA MAÑANA Y LA MITAD EN LA NOCHE CON APEGO AL TRATAMIENTO, MADRE REFIERE QUE PRESENTO CRISIS CONVULSIVA HACE MAS DE UN AÑO AL MOMENTO NO REIFERE SINTOMATOLOGIA AGUDA DE OTRO TIPO DE PADECIMIENTO , REFIERE QUE MEDICO PEDIATRA LE ENVIA A SACAR REFERENCIA PARA VALORACION DE MEDICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0967290177

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-15	09:35	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-07-15	09:35	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

