

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SALTOS           | MEDRANDA         | BEATRIZ JANETH | 29                  | 08  | 2004 | 21 años, 7 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317957379        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | LUIS MARIA PINTO y           | 093-964-9589 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1317957379      | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2026  | 04  | 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 DE 21 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE EPILEPSIA DESDE LO 2 MESES DE EDAD PRESENTA EPIDOSIDIO TONICO CLONICO CON LEVETIRACETAM 1000MG PRESENTA MAREOS CEFALAS FRECUENTES PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES POR LO QUE SE PASA A ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                             |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-21 | 16:03 | Medicina Familiar Y Comunitaria | EDGARDO JUVENAL ALAY MERO | 1310535131 | <div>Dr. Edgardo Alay M.<br/>MÉDICO ESPECIALISTA<br/>MEDICINA FAMILIAR<br/>Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948</div> |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-04-21 | 16:03 | Medicina Familiar Y Comunitaria | EDGARDO JUVENAL ALAY MERO | 1310535131 |       |