

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PAZ	FRANK MANUEL	01	11	2011	14 años, 4 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350145015	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	099-009-2614 / (99)-999-9999
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	1350145015	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	03	13
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

FRANK PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD. CON APP: EPILEPSIA (ACIDO VALPROICO 500MG BID + LEVETIRACETAM 1000 MG) APF: ABUELA DM Y TIA HTA AQX: NIEGA AA: NIEGA, PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR SOLICITUD DE REFERENCIA AL NEUROLOGO PARA SU CONTROL Y SEGUIMIENTO. PACIENTE YA CONOCIDO POR CASA DE SALUD. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN ESTADO CONVULSIVO DE MANERA DIARIA CON CUADROS TONICO - CLONICOS, EL INICIO DE LA ENFERMEDAD ERAN CRISIS DE AUSENCIA HASTA LOS 4 AÑOS DE EDAD, SIN EMBARGO, FUERON EVOLUCIONANDO HASTA PRESENTAR CONVULSIONES TONICO CLINICAS. MADR REFIERE ALIMENTACIÓN BALANCEADA. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD. PACIENTE ESTABLE, ALERTA Y ACTIVO. PACIENTE ESTABLE Y COLABORADOR, SE REALIZA CONTROL SIN NOVEDADES. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-13	13:24	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-03-13	13:24	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

