

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUGUERZA	INTRIAGO	GEMA GREGORIA	14	03	2007	18 años, 10 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350413884	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDAL MARIO LOOR y	098-912-0118 / (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	1350413884	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	02	10
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

FEMENINA DE 18 AÑOS ACUDE A CONTROL Y CERTIFICADO EN COMPAÑIA DE SU MAMA, REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL, FAMILIAR REFIERE QUE LLEVA CONTROL CON NEUROLOGIA EN EL HNDC POR MOTIVO DE EPILEPSIA DESDE LOS 3 AÑOS , AL MOMENTO SE RALIZA EL EXAMEN FISICO Y SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FEMENINA DE 18 AÑOS ACUDE A CONTROL Y CERTIFICADO EN COMPAÑIA DE SU MAMA, REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL, FAMILIAR REFIERE QUE LLEVA CONTROL CON NEUROLOGIA EN EL HNDC POR MOTIVO DE EPILEPSIA DESDE LOS 3 AÑOS , AL MOMENTO SE RALIZA EL EXAMEN FISICO Y SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	11:36	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-02-10	11:36	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	