

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEL VALLE	ARTEAGA	JOHAN ANDRES	20	06	2010	15 años, 1 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	1350416135	MANABI	CHONE	CANUTO	CIUDADELA SAN RAFAEL y CIUDADELA SAN RAFAEL	099-630-1847 / (99)-643-1372
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	1350416135	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	07	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS 1 MES DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO. APP: EPILEPSIA TONICO CLONICAS DESDE QUE TUVO AÑO Y MEDIO DE EDAD, ESTA CALÑIFICACDO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 61%, ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: CIRCUNCISIÓN APF: ABUELA MATERNA DIABETES MELLITUS,SE LE BRINDA ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE. PACIENTE RESIDENTE EN LA CIUDAD DE CHONE CIUDADELA SAN RAFAEL EN COMPAÑIA DE SUS PADRES Y SUS HERMANOS CON RELACION CALIDA EN BASE A SU CONDICION, FAMILIA FUNCIONAL. ESTUDIA EN LA UNIDAD EDUCATIVA 24 DE JULIO ESTA EN DECIMO GRADO, MENCIONA QUE REALIZA ACTIVIDADES GRUPALES DE ACUERDO A SU CONDICION , NO CONSUMO DE DROGAS NI ALCOHOL, TIENE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE ACUERDO A SU CONDICION, SI TRANSTORNO ALIMENTARIO NIEGA VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA, AFEBRIL A LA CONSULTA, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE DA CONSEJERIA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PLANIFICACION FAMILIAR, METODOS ANTICOCEPTIVOS, SIN SIGNOS DE ALARMA, SOLICITA REFERENCIA PARA LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA POR CONTROL DE SU PATOLOGIA DE BASE,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	09:59	Medicina General	MARICELA LORENA GARCIA PERERO	1307473551	

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
2025-07-24	09:59	Medicina General	MARICELA LORENA GARCIA PERERO	1307473551	