

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GARCIA	STIVEN JOEL	22	02	2008	17 años, 5 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350417968	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	COMUNIDAD EL GUAYABO y	099-933-9770 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1350417968	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Fecha
				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 PRESENTA CONVULSIONES TONICO CLONICAS DESDE AHCE 3 AÑOS APROXIMADAMENTE . SE ENCUENTRA NTRATAMIENTO, RAZON POR LO CUAL SE DA REFERENCIA PARA TARTAMIENTO ESPECIALIZADOI EN HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD, cSpS. CLARPOS, rScS. RITMICOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

CIE-10
G409

PRE

DEF
X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2025-08-15	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258



III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:						
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
2025-08-15	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA