

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	GUERRERO	ANTHONY JAVIER	09	11	2003	21 años, 10 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350806665	MANABI	CHONE	CONVENTO	BALZAR y	096-194-0163 /
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	1350806665	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	10	07
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 MASCULINO DE 21 AÑOS CON APP DE EPILEPSIA TRATADO CON ACIDO VALPROICO 500MG CADA DIA .ACUDE POR CUDRO CLINICO CARACTERIZADO POR CONVULSIONES TONICO CLONICAS GENERALIZADAS QQE SE HAN REPETIDO CADA SEMANA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO. OJOS: PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS. NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES, NO ALETEO NASAL. BOCA: OROFARINGE NO CONGESTIVA. CUELLO: SIMETRICO, MOVILIDAD CONSERVADA, NO SE PALPAN ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO, CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONAR: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREAÑADIDOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO SE EVIDENCIA PATOLOGIA. SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CONVULSIONES EN REPETIDAS OCASIONES AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE NEUROLOGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-07	15:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-10-07	15:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

