

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	BARBERAN	MAIKEL DOUGLAS	17	04	2011	15 años, 1 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351081441	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-415-7613 /
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	1351081441	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	16
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

PACIENT EADOLESCENTE ACUDE ENECMPAÑIA DE SU MADRE , REFIERE QUE HACE 8 DIAS RESENTO CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ESTADO CATATONICO, PERDIDA DE CONCIENCIA POR LO CUAL TUVIERON QUE DARLE MASAJE Y RESPIRACION BOCA A BOCA ACOMPAÑADO DE CIANOCIS. REFIERE QUE ES PRIMERA VEZ QUE SE REGISTRA ESTE EPISODIO, FUE VALROADO POR URGENCIAS DONDE PRESCRIBEN DOLONEUROBION, MADRE LO LELVO A MEDICO CARDIOLOGO QUIEN EALIZA ECOCARDIOGRAMA CONREPORTE DE INSUFICIENCIA VALVULAR TRICUSPIDEA Y PULMONAR LEVE LO CUAL NO AFECTA SU ESTILO DE VIDA, SIN EMABRGO QUE INTERCONSULTE CON NEUROLOGIA POR CUADRO CONVULSIVO. NIEGA HABITOS TÓXICOS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 14.3, PLAQ 289, GB 5.82, COL 152.25, TGL 96.28, COLESTER51.34. EMO: NO PATOLOGICO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	14:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-06-16	14:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	