

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MURILLO	ERIKA STEFANIA	01	02	2011	15 años, 6 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351724099	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CAMARONES y SN	096-702-9460 / (00)-000-0000
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	1351724099	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	08	05
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

FEM 15 AÑOS G1+ EMBARAZO DE 28.3 SDG X FUM DEL 18.01.26+ EPILEPSIA..... PACIENTE QUE PRESENTA EPILEPSIA CON AURA, ANTERIORMENTE EN TRATAMIENTO CON VALCOTE (ACIDO VALPROICO)500 MG VO QD Y CEUMID (LEVETIRACETAM)500 MG VO QD Y SOMAZINA 10 ML QD . SUSPENDIDO CON EL EMBARAZO, HA PRESENTADO CONVULSIONES EN EMBARAZO, ULTIMA EL DIA DE AYER Y SE HAN PRESENTADO CON MAS FRECUENCIA EN ULTIMOS DIAS, SE REINICIA LEVETIRACETAM Y SE ENVIA A NEUROLOGIA PARA SEGUIMIENTO Y MODIFICACION DE DOSIS DE SER NECESARIO. GRACIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIAS SIN ALTERACIONES ANATOMICAS REPORTADAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	09:19	Ginecología y Obstetricia	MELANY MARIA GALLARDO JARAMILLO	1016-2018-1975438	

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
2026-08-05	09:19	Ginecología y Obstetricia	MELANY MARIA GALLARDO JARAMILLO	1016-2018-1975438	