

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LEONES	SALVATIERRA	JOSTHYN ADRIAN	11	07	2014	11 años, 8 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	1351860117	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MARGARITA y VIA A BAHIA	098-344-4856 /
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	1351860117	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	10
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 11 AÑOS DE EDAD, ALERGIAS: NO REFIERE APP: POSIBLE DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA DESDE HACE HACE 3 MESES. ACUDE A CONSULTA CON MADRE QUIEN REFIERE QUE EN LOS ULTIMOS DIAS HA PRESENTADO EVENTOS PAROXISTICOS. MADRE REFIERE QUE LAS CRISIS INICIAN DE FORMA SUBITA, DURANTE EL EVENTO MADRE REPORTA PERDIDA DEL ESTADO DE ALERTA, SUPRAVERSION OCULAR, RIGUIDEZ GENERALIZADA SEGUIDA DE MOVIMIENTOS CLONICOS EN LAS CUATRO EXTREMIDADES, EL EPISODIO TIENE UNA DURACION APROXIMADAMENTE DE 7 MINUTOS Y SE ACOMPAÑA DE SIALORREA. POSTERIOR AL EVENTO, EL PACIENTE PRESENTA UN ESTADO POSTICTAL CARACTERIZADO POR SONMOLENCIA, CONFUSION MENTAL Y CEFALEA. 0983444856

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	09:31	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-04-10	09:31	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	