

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MARQUEZ          | ALCIVAR          | EMILIA ELIZABETH | 21                  | 07  | 2000 | 25 años, 9 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351881121        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MERCEDES y                   | 098-120-5585 /       |
| 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                 | 1351881121      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2026  | 05  | 15  |
| 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

ACUDE POR PRESENTAR CRISIS CONVULSIVA A REPETICION- REFIERE TRAUMA CRANEAL HACE 3 AÑOS QUE TUVIERON QUE INTERVENIR CON CRANEOTOMIA- AL MOMENTO NO PRESENTA PARTE DEL PARIETAL DERECHO - PRESENTA BRADILALIA - TAMBIEN PRESENTA ATAXIA POR MOMENTOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE POR PRESENTAR CRISIS CONVULSIVA A REPETICION- REFIERE TRAUMA CRANEAL HACE 3 AÑOS QUE TUVIERON QUE INTERVENIR CON CRANEOTOMIA- AL MOMENTO NO PRESENTA PARTE DEL PARIETAL DERECHO - PRESENTA BRADILALIA - TAMBIEN PRESENTA ATAXIA POR MOMENTOS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                              |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-15 | 09:19 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |  <div>Validar únicamente en FirmaEC.<br/>Firmado electrónicamente por:<br/>MARIO FABIAN<br/>CERCADO PLUAS</div> |

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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2026-05-15 | 09:19 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |