

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	GARCIA	MANUEL ENZO	08	01	2002	23 años, 10 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1754092789	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA CHAMANGA y	000-000-0000 /
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	1754092789	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	11	11
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 23 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APF: MADREA HTA ABUELA HTA Y DM2 TIO MATERNO EPILEPSIA APQ: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR QUE EL DIA 26/10/2025 TUVO UNA CONVULSION, REFIERE EPISODIO DE CRISIS TONNICO-CLONICA DE MAS DE 1 MINUTO DE DURACION, ACUDIO A LA EMERGENCIA AL DIA SIGUIENTE Y REFIRIERON CUADRO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD; ACTUALMENTE PRESENTA SENSACION DE HORMIGUEO EN ROSTRO Y DEBILIDAD MUSCULAR. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. REFERENCIA A NEUROLOGIA 6. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APF: MADREA HTA ABUELA HTA Y DM2 TIO MATERNO EPILEPSIA APQ: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR QUE EL DIA 26/10/2025 TUVO UNA CONVULSION, REFIERE EPISODIO DE CRISIS TONNICO-CLONICA DE MAS DE 1 MINUTO DE DURACION, ACUDIO A LA EMERGENCIA AL DIA SIGUIENTE Y REFIRIERON CUADRO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD; ACTUALMENTE PRESENTA SENSACION DE HORMIGUEO EN ROSTRO Y DEBILIDAD MUSCULAR. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. REFERENCIA A NEUROLOGIA 6. CONTROL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	11:43	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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
2025-11-11	11:43	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	