

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MUÑOZ	JENNIFER KARINA	18	11	2010	15 años, 6 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350263998	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CABELLO ADENTRO y	099-856-9967 /
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	2350263998	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	05	20
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

MUJER DE 15 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA 99% CON APP PCI, EPILEPSIA, ANEMIA Y DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE A CONTROL DE SALUD, LA CUAL REFIERE EXACERBACION DE CRISIS CONVULSIVAS MAS REPETIDOS Y DE DURACION NO CUANTIFICADA,ULTIMA CRISIS COVULSIVAS HACE 4 DIAS, REFIERE MEDICACION CONTINUA ACTUAL CLONAZEPAM 2.5 MG/ML 10 GOTAS VO AM Y 20 GOTAS VO PM - CARBAMAZEPINA DE 100 MG/5 ML 7 ML VO TID - ACIDO VALPROICO 500MG VO BID. AL EXAMEN FISICO SE APRECIA ATOFIA MUSCULOESQUELETICA, SARCOPENIA SIGNOS VITALES NORMALES, HOY ASINTIOMATICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	14:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-05-20	14:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	