

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MOLINA	DAYANA MERCEDES	21	03	1997	27 años, 11 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2450083767	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	VIA EL CARMEN y A LADO DE LA EMPACADORA DE DON WILSON MOREIRA	098-570-1355 /
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	2450083767	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN	HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	03	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente con app de epilepsia desde hace 15 años, refiere que desde hace 1 años las crisis se presentaron seguidas cada día se inicio con carbamazepina sin respuesta ,se cambio ácido valproico ocn crisis 3 veces a la semana,actualmente se añadio levetiracetam 500 mg vo bid , las crisis son cada 15 días.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

08/01/25 Glucosa 102 mg/dL , Urea 13.5 mg/dL, Creatinina 0.67 mg/dL , Ácido Úrico 3.39 mg/dl , TGO/AST 35.40 U/L , TGP/ALT 13.09

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	12:56	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	

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
2025-03-11	12:56	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	