



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Sesme	CS-A	1354727529								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Almeida	Roman	Jhojan	Eduardo	H	30-10-2025	0	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0984545457		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
LACTANTE MAS CULINO DE 5 MES ES DE EDAD- S IN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERS ONALES DE RELEVANCIA- QUIEN ACUDE ACONS ULTA ACOMPAÑADO DE S U MADRE PARA CONTROL MÉDICO. ANTECEDENTE DE CONTROL PREVIO S IN ALTERACIONES - CONADECUADO CRECIMIENTO Y DES ARROLLO- EN LACTANCIA MATERNA EXCLUS IVA- BUENA TOLERANCIA ORAL Y ES QUEMA DEVACUNACIÓN ACORDE A LA EDAD. MADRE REFIERE QUE DES DE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES EL LACTANTE PRES ENTA EPIS ODIOSDE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN AMBAS MANOS - DE CARÁCTER INTERMITENTE- NO AS OCIAADOS A FIEBRE NI A OTROS S ÍNTOMASGENERALES . INDICA QUE HACE 15 DÍAS LOS EPIS ODIOS HAN PROGRES ADO EN FRECUENCIA E INTENS IDAD- COMPROMETIENDO TODOEL CUERPO- CARACTERIZADOS POR MOVIMIENTOS REPETITIVOS - DE CORTA DURACIÓN Y APARICIÓN ES PONTÁNEA. MADRE MANIFIES TAPREOCUPACIÓN DEBIDO A QUE LOS EPIS ODIOS S E HAN VUELTO Más FRECUENTES . DURANTE LA CONS ULTA S E EVIDENCIA UNEPIS ODIO CLÍNICO MIENTRAS EL LACTANTE S E ENCONTRABA EN LACTANCIA Y EN ES TADO S OMNOLIENTO- CONS IS TENTE ENMOVIMIENTOS REPETITIVOS DE LA CABEZA- DE APROXIMADAMENTE 5 S EGUNDOS DE DURACIÓN- S IN CAMBIOS EVIDENTES EN LACOLORACIÓN DE LA PIEL NI PRES ENCIA DE CIANOS IS - AS OCIAO A S OMNOLENCIA POS TERIOR. AL EXAMEN FIS ICO- EL LACTANTE S EENCUENTRA EN BUEN ES TADO GENERAL- REACTIVO- CON S IGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA LA EDAD.REFLEJOS ARCAICOS PRES ENTES Y ACORDES A LA EDAD. TONO MUS CULAR CONS ERVADO. DES ARROLLO NEUROLÓGICO GLOBALACORDE PARA LA EDAD- S IN EVIDENCIA DE REGRES IÓN DE HITOS DEL DES ARROLLO. NO S E IDENTIFICAN OTROS S IGNOSNEUROLÓGICOS FOCALES . NO S E AS OCIAN OTROS S ÍNTOMAS COMO FIEBRE- VÓMITOS - IRRITABILIDAD MARCADA- ALTERACIONES ENLA ALIMENTACIÓN O CAMBIOS EN EL PATRÓN DE S UEÑO. POR CUADRO CLÍNICO DES CRITO- CARACTERIZADO POR MOVIMIENTOSINVOLUNTARIOS PROGRES IVOS - S E CONS IDERA NECES ARIA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA Y NEUROPEDIATRÍA PARA ES TUDIOCOMPLEMENTARIO Y DES CARTE DE EVENTOS PAROXIS TICOS NO EPILÉPTICOS VS CRIS IS EPILÉPTICAS .	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
S IN LABORATORIOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Convulsiones Y Las No Especificadas		R568	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-05	08:37	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313408427				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN										
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	