



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	Nause	CS-A	1353287939							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Mendoza	Jefferson	Gael	H	17-12-2019	6	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN MOTIVO						
0989573568			1. Accesibilidad geográfica.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.								
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								

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
PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD TRAIDO POR SU MADRE (SRA. JESSENIA MENDOZA)- CON ANTECEDENTE DE EPISODIOS DE CONVULSIONESENTRE LOS 3 Y 5 AÑOS DE EDAD LA MAYORÍA NO ASOCIADOS A FIEBRE- PREVIAMENTE EN SEGUIMIENTO POR SEGUNDO NIVEL- EL CUAL FUE SUSPENDIDOPOR PéRDIDA DE CONTROLES POR SITUACIÓN INVERNAL. MADRE REFIERE CUADRO CLÍNICO ACTUAL DESDE EL DÍA SÁBADO- CARACTERIZADO POR ALZATÉRMICA NO CUANTIFICADA ASOCIADA A MALESTAR GENERAL- POSTERIORMENTE- EL DÍA DOMINGO PRESENTA EPISODIO CONVULSIVO DE TIPO TÓNICOCLÓNICO GENERALIZADO- ACOMPAÑADO DE DESVIACIÓN OCULAR- CON DURACIÓN MENOR A 5 MINUTOS- SIN PéRDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIAPOSTERIOR AL EVENTO SEGÚN REFIERE FAMILIAR. CUADRO MANEJADO EN DOMICILIO CON MEDIDAS FÍSICAS Y ANALGESIA ORAL- CON APARENTE MEJORÍACLÍNICA. EN ESTE MOMENTO SE REALIZA VALORACIÓN MÉDICA- PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES- ACTIVO- ALERTA-COLABORADOR- AFEBRIL AL INTERROGATORIO- SIN SIGNOS DE ALARMA Y SIN FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA AL EXAMEN FÍSICO. SE DECIDE REFERENCIA ASEGUNDO NIVEL POR EL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA- REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y REINICIO DESEGUIMIENTO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

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
2026-04-14	07:16	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1351700222				

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	