

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CHAVEZ	JOSE SAID	30	06	2022	3 años, 9 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0852000348	MANABI	CHONE	CONVENTO	SD y	099-908-2405 /
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	0852000348	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2026	04	14
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 3 AÑOS 9 MESES DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOS EPISODIOS CONVULSIVOS. EL PRIMERO CON DURACIÓN APROXIMADA DE 1 MINUTO Y EL SEGUNDO DE 30 SEGUNDOS, DE INICIO SÚBITO, SIN RELACIÓN CON ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA. LOS EPISODIOS SE MANIFESTARON CON MOVIMIENTOS TÓNICO-CLÓNICOS GENERALIZADOS, SIN PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO REFERIDA, PERO CON AUSENCIA DE RESPUESTA DURANTE LOS MISMOS. NO SE ASOCIARON A FIEBRE NI A OTROS SÍNTOMAS INFECCIOSOS CONCOMITANTES. POSTERIOR A LOS EVENTOS PRESENTÓ PERIODO POSTICTAL PROLONGADO DE APROXIMADAMENTE 5 HORAS CARACTERIZADO POR SOMNOLENCIA. MADRE NIEGA ANTECEDENTES DE EPISODIOS SIMILARES PREVIOS. COMO ANTECEDENTE RELEVANTE, REFIERE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO HACE 1 AÑO. ANTECEDENTES FAMILIARES POSITIVOS PARA EPILEPSIA EN TÍA MATERNA Y PRIMO PATERNO. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-14	08:25	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

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 clínico

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
2026-04-14	08:25	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

