

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVILA	PEÑA	STEVEN SAMUEL	04	09	2024	1 años, 1 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1051298451	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO SAN PABLO y	098-857-6996 /
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	1051298451	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	10	28
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

LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 1 MESES, CON ANTECEDENTE DE SER OBTENIDO POR PARTO EUTOCICO DE 38 SEMANAS DE GESTACION, CON APGAR 8 - 9, PESO 2870 GRAMOS, TALLA 47 CM, PERIMETRO CEFALICO 34.5 CM; QUE ACUDE CON SU MADRE A LA CONSULTA (REFERENCIA INVERSA) POR PRESENTAR HACE DOS DÍAS ATRAS REALIZAR MOVIMIENTOS ANORMALES TIPO CONVULSIÓN ACOMPAÑADA DE TRISMO, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA ES LLEVADO A EMERGENCIA DONDE INDICAN QUE ESTA ESTABLE Y ENVIAN A CONTROL A PRIMER NIVEL, ADEMAS MADRE INDICA QUE AL LLANTO FUERTE SE PONE LIGERAMENTE CIANOTICO (ESPASMO DEL SOLLOZO) EL MISMO QUE CEDE A DEJAR DE LLORAR, DURANTE LA VALORACIÓN PACIENTE IRRITABLE, CON LLANTO EXCESIVO, REALIZA LEVE CIANOSIS QUE CEDE AL ESTAR EN BRAZOS DE SU MADRE, CON TALLA BAJA; SE SOLICITA SEGUIMIENTO DE CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	10:08	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

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

