

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMIREZ	ZAMBRANO	DAYSON JEAMPIER	18	04	2019	5 años, 9 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1252246317	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	VIA MANTA QUEVEDO y	098-984-9983 / (03)-228-4027
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	1252246317	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Neurología		2025	02	10
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 DE 5 AÑOS DE EDAD, SEXO MASCULINO, CON ANTECEDENTES DE SINDROME DE GUILLIAN BARRE DIAGNOSTICADO EL 08/06/2024, POR TAL MOTIVO ES TRAI DO A CONSULTA PARA CONTROL MEDIC Y SOLICITA VALORACION POR PEDIATRIA Y NEUROLOGIA. PRESENTA CUADROS AGUDIZADOS PORSTERIOR AL REALIZAR ESFUERSO FISICO CARACTERIZADOS POR DEFICIENCIA EN LA MARCHA CON DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO APAREN TA LEVE QUE PERMITE DEAMBULACION, POSTERIOR 2 DÍAS CONTINUA CON DOLOR MUSCULAR Y HAY IMPOSIBILIDAD A LA MARCHA INCLUIDA LA REGIÓN LUMBAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROMIOGRAFIA CON RESULTADO DE POLINEUROPATIA MOTORA GENERALIZADA, TIPO AXONAL GRADO DE AFECTACIÓN MODERADA A SEVERA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE GUILLAIN-BARRE	G610		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-10	11:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

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
2025-02-10	11:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	