

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUEVEDO	ZAMBRANO	GISSELLE ANAHIS	30	03	2004	21 años, 8 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316749678	MANABI	CHONE	BOYACA	VIA CUCUY y SN	099-244-2118 / (05)-222-2222
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	1316749678	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	18
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 FEMENINO DE 21 AÑOS DE EDAD, SE ENCUENTRA EN PUERPERIO TARDIO DE 12 DIAS POR PARTO DE CESAREA, ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL CUAL REFIERE HABER ESTADO INGRESADA A UCI POR COMPLICACION DEL PARTO BAJO EL DAIGNOSTICO DE ENCEFALOPATIA, FAMILIAR REFERE QUE DURANTE LA INTERNACION SE LE ADMINSTRÓ CEFEPIME 1GR+ CEREBROLISINA, POSTERIOR A LA MEJORIA DE SINTOMAS ES DADA DE ALTA POR PARTE DE MEDICINA INTERNA - NEUROLOGIA CON LA MEDICACION DE CITICOLINA 500MG CADA DIA POR 90 DIAS. SE REQUIERE DE SEGUIMIENTO POR PARTE DE NEUROLOGIA. TELEFONO: 0992442118 - 0979349079 PAREJA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0992442118 - 0979349079 PAREJA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA	G934		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-18	15:02	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-12-18	15:02	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	