

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIZUETA	ZAMBRANO	JONATHAN JOSUE	31	10	2012	12 años, 1 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350410948	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FRANCISCO y SN	099-484-3210 / (99)-999-9999
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	1350410948	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	2024	12	20
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 12 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLOGICO PERSONAL DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE 73%, EPISODIOS DE EPILEPSIA, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MÉDICO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO REACTIVO, AFEBRIL, MADRE REFIERE QUE HACE UNA SEMANA TUVO UN EPISODIO DE EPILEPSIA, QUE DURÓ MENOS DE 1 MINUTO, PRESENTA CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PEDIÁTRICO DE 12 AÑOS PRESENTA EPILEPSIA DESDE LOS 9 MESES, AL MOMENTO NO SE ENCUENTRA EN CONTROL Y ESPORADICAMENTE ACUDE A NEUROLOGO PARTICULAR, EL ULTIMO EPISODIO DE EPILEPSIA LO TUVO HACE UNA SEMANA, DURO MENOS DE UN MINUTO, SIN PERDIDA DE CONTROL DE ESFINTERES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-20	11:37	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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