

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LEONES	SALVATIERRA	JOSTHYN ADRIAN	11	07	2014	11 años, 10 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351860117	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MARGARITA y VIA A BAHIA	098-344-4856 /
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	1351860117	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	09
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 ADOLESCENTE DE 11 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA REVALORACIÓN Y GESTIÓN DE REFERENCIA. MADRE REFIERE QUE DESDE FEBRERO DEL PRESENTE AÑO EL PACIENTE HA PRESENTADO EPISODIOS PAROXÍSTICOS RECURRENTES DE INICIO SÚBITO, CARACTERIZADOS POR TEMBLOR DE AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUIDOS DE RIGIDEZ GENERALIZADA Y SIALORREA. NO ES POSIBLE DETERMINAR CON CLARIDAD LA PRESENCIA DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA DURANTE LOS EVENTOS, YA QUE EL PACIENTE NO RECUERDA COMPLETAMENTE LO OCURRIDO. MADRE REFIERE COMO ÚLTIMO EPISODIO EL MES DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO. ACUDE DEBIDO A QUE NO FUE POSIBLE ACCEDER A VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, INDICÁNDOSE QUE LA REFERENCIA DEBE SER PREVIAMENTE A PEDIATRÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF: 0983444856

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	15:48	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-06-09	15:48	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

