

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NERA	CEDEÑO	LUISSANA AISLYN	13	08	2015	10 años, 11 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352166134	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	999-999-9999 /
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	1352166134	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	07	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

PACIENTE PEDIATRICA DE 10 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA REVISION EXAMENES POR PRESENTAR CUADRO CLINICO REPETITIVO DE ASTENIA, MAREO CONSTANTES EN NOVIEMBRE, DEBILIDAD PRESENTA EPISODIO DE SINCOPE Y MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS DE 5 MINUTOS DE DURACION SIN DIAGNOSTICO PATOLOGICO PREVIO, AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA REACTIVA, AFEBRIL. RESULTADOS LABORATORIO DENTRO PARAMETROS NORMALES 0992122770 - 0994511035

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADRO CLINICO REPETITIVO DE ASTENIA, MAREO CONSTANTES EN NOVIEMBRE, DEBILIDAD PRESENTA EPISODIO DE SINCOPE Y MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS DE 5 MINUTOS DE DURACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	15:22	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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 clínico

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
2026-07-28	15:22	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	