

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	KEISHA ARLETH	01	03	2016	9 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352308116	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	NO APLICA y	098-605-8190 / (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	1352308116	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	01
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 FEMENINA DE 8 AÑOS APP CONVULSIONES DESDE LOS 8 AÑOS, NO PRESENTA EPISODIOS DESDE HACE 6 MESES, ALERGIAS NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, APF: TIO EPILEPSIA. ACTUALMENTE CON MEDICACION VALCOTE CADA 12 HORAS. MADRE REFIERE HABER LLEVADO CONTROL MEDICO DE MANERA PARTICULAR CON NEUROLOGO EN PORTOVIEJO HACE UN AÑO. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA RESPECTIVA VALORACION Y SEGUIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: EXAMENES REALIZADOS EL 07/04/2025 : GLOBULOS BLANCOS: 10.55 HEMOGLOBINA: 14.3 HEMATOCRITO: 43.5 PLAQUETAS: 500 PLAQUETOCRITO:0.4 UROANALISIS: NORMAL, GLUCOSA: 83 , UREA: 20 CREA: 0.41 COLESTEROL: 47 TRIGLICERIDOS: 170 TGO: 24 , TGP: 15 BILIRRUBINA DIRECTA: 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA: 0.21 . FT3: 5.85 FT4: 1.39 PACIENTE CUENTA CON ELECTROENCEFALOGRAMA Y RESONANCIA EN CD.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	13:40	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-12-01	13:40	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

