

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	CALDERON	XIMENA GUADALUPE	25	01	2018	8 años, 5 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352787921	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MUTRE ADENTRO y	098-534-5943 /
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	1352787921	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	07	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 8A 5M CON APP DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA, REFIERE LA MADRE, QUE DESDE HACE +/- 3 AÑOS VIENE PRESENTANDO SUPUESTA CONVULSIONES A REPETICION, SE LEVANTA EN LA NOCHE GRITANDO Y QUIERE SALIR CORRIENDO, MIRADA PERDIDA Y CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LOS PIES, LO QUE PROVOCA INTENSO DOLOR AL DIA SIGUIENTE, NIEGA MOVIMIENTOS TÓNICO - CLONICO, SÍNTOMAS QUE HAN IDO EXACERBANDO EN EL TIEMPO, HASTA 2-3 VECES AL MES, NIEGA OTROS SÍNTOMAS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA VALORACION INTEGRAL. *** 0992176150 - 0985345943 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COOPERA AL INTERROGATORIO, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS	G404	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	15:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-16	15:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

