

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	BURGOS	KEILY GUADALUPE	27	12	2016	8 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352789703	MANABI	CHONE	CONVENTO	LOS ANGELES y	096-895-4441 /
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	1352789703	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	13
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 FEMENINO DE 8 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO ACOM-PAÑADA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION POR CONVULSIONES TONICO CLONICAS . MADRE REFIERE QUE INICIO A LOS 2 AÑOS SIENDO HOSPITALIZADA 2 DIAS REFIERE QUE HOY EN LA MADRUGADA HIZO UNA CONVULSION DE MAS O MENOS 1 MINUTO ACOMPAÑADO DE PERDIDA DE CONCIENCIA MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMÁTICA, ACTIVA, ELECTIVA, GLASGOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FISICO NORMOCEFALO, MUCO-SAS HÚMEDAS, OROFARINGE HIPERÉMICA, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CSPS VENTILADOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CONVULSIONES TONICO CLONICAS AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-11-13	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

