

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RUIZ	MEJIA	JAIRO PAUL	03	05	2018	8 años, 2 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352859209	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SIN VOCAL y SN	096-948-3359 /
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	1352859209	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	17
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

☐

MULTIPLES COMORBILIDADES, NECESIDAD DE DE VALORACION POR ESPECIALIDAD

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD, CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 49%. CONVULSIONES EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO 5 ML CADA 12 HORAS, Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA CON AFECTACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN, QUIEN ES TRAÍDO POR SU MADRE AL REFERIR QUE DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTICONVULSIVANTE HA PRESENTADO AUMENTO PROGRESIVO DE PESO; ADEMÁS, DURANTE LOS EPISODIOS CONVULSIVOS MANIFIESTA SENSACIÓN DE AHOGO Y PALPITACIONES, SÍNTOMAS QUE TAMBIÉN SE MANIFIESTAN EN HORARIO NOCTURNO, ACOMPAÑADOS DE RONQUIDOS Y FATIGA CON EL ESFUERZO MAYOR A LA HABITUAL PARA LA EDAD, NEGANDO EPISODIOS DE CIANOSIS. MADRE MENCIONA EPISODIOS DIARIOS DE CUADROS CONVULSIVOS. ESTADO NUTRICIONAL OBESIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0991854429

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	09:44	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-07-17	09:44	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	