

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NEVAREZ	PICO	HENRY KAELE	06	05	2018	7 años, 9 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352861734	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BADEAL y	098-093-9664 /
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	1352861734	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	02	12
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 ESCOLAR MASCULINO DE 7 AÑOS, PREVIAMENTE SANO, QUE EL 20/01/2026 PRESENTÓ EPISODIO SÚBITO DE CONVULSIÓN TÓNICO-CLÓNICA GENERALIZADA ASOCIADO A ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA, DE APROXIMADAMENTE 5 MINUTOS DE DURACIÓN, CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, SIN CIANOSIS NI RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES, SEGUIDO DE PERIODO POSTICTAL CORTO CON SOMNOLENCIA. ESTUVO INGRESADO POR 3 DÍAS EN EL HOSPITAL. NO ANTECEDENTES PERSONALES DE CONVULSIONES NI EPILEPSIA, NI ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, NO HA PRESENTADO CRISIS CONVULSIVA NUEVA, SE REALIZA REFERENCIA CON PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	12:06	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-12	12:06	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	