

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	SCARLETT AYLIN	15	05	2018	6 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352869240	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	999-999-9999 /
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	1352869240	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	18
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☐

EPIISODIOS DE MIRADA FIJA CON PALIDEZ Y CEFALEA POSTERIOR

3. Resumen del cuadro clinico

ESCOLAR DE 6 AÑOS DE EDAD, NACIDA POR PARTO CESAREA A LAS 39SG SIN COMPLICACIONES, NO INGRESOS HOSPITALARIOS NO ALERGIAS CONOCIDAS, ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETA, EXCEPTO COVID NINGUNA, APF: SIN PATOLOGÍA EPILÉPTICA EN AMBAS LINEAS, SIN ANTECEDENTES DE MUERTES SÚBITAS O TEMPRANAS CARDÍACAS O DE OTRAS CAUSAS NI TAMPOCO APP DE DISCAPACIDAD, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DESDE LOS 3 MESES DE EDAD, 6 EPISODIOS DURANTE SU VIDA, EL ÚLTIMO HACE 5 MESES CARACTERIZADO POR: PALIDEZ, NÀUSEAS, MIRADA FIJA, DE 10-15 SG CON CEFALEA POSTERIOR, NO MOVIMIENTOS TÒNICOS NI CLÒNICOS, PRESENCIA DE ALZA TÉRMICA. INTELECTUALMENTE, SOBRESALIENTE EN ESCUELA, AL EX FÍSICO TALLA Y PESO ADECUADO PARA LA EDAD, LABORATORIO HB Y HTC NORMALES, EMO NEGATIVO. 0961624691

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BHC NORMAL. EMO NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES	G401		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-18	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-09-18	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

