

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ZAMBRANO	JULIAN DAVID	10	05	2017	7 años, 10 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353117391	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	LA BRAMADORA y	099-929-0355 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353117391	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	26
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 MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (MADRE) POR CONTROL MEDICO, MADRE SEGUN REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA EPILEPSIA (DIAGNOSTICADO EN CHONE DESDE LOS 7 MESES) REFIERE NO DAR MEDICINA, MENCIONA POSTERIOR IR A HBSA, REALIZAN EXAMENES E INDICAN DIAGNOSTICO DE ASMA. SIN EMBARGO FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SUFRE EPISODIOS CONVULSIVOS QUE SE CARACTERIZAN POR DESVANECIMIENTO CON CIANOSIS PERIBUCAL ACOMPAÑADO DE ESTADO POSTICTAL DE HASTA 2 DIAS, ULTIMO EPISODIO HACE 2 MESES, ACTUALMENTE PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA, PARA TRATAMIENTO OPORTUNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS		G403	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-26	14:58	Medicina Rural	LEGORY SOFIA SORNOZA RODRIGUEZ	1316262128	

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
2025-03-26	14:58	Medicina Rural	LEGORY SOFIA SORNOZA RODRIGUEZ	1316262128	