

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	DELGADO	ASHLEY SARAHI	16	07	2019	6 años, 11 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353182445	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL VERGEL y	098-472-1632 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353182445	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	02
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 FEMENINA DE 6 AÑOS DE EDAD APP RINOSINUSITIS Y EPILEPSIA QUE ACUDE ACOMPAÑADA DE SU MADRE. LA MADRE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA , TOS PRODUCTIVA , ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA. FUE TRATADA PREVIAMENTE DE MANERA PARTICULARMENTE CON CORTIPREX , MUXOL , BUPREX Y AMOVAL PERO MADRE REFIERE NO MEJORIA DEL CUADRO. ACTIVA , REACTIVA , HIDRATADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0984721632.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	15:25	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-02	15:25	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	