

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	JIXY ISRAEL	08	12	2019	5 años, 11 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353282898	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MIRA FLORES y LOS RAIDISTAS	098-915-3910 /
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	1353282898	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	11	13
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 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN CENTRO DE SALUD SANTA RITA ACOMPAÑADO DE SU MADRE POR CONTROL MÉDICO QUIEN REFIERE APP DE EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CLOBAZAM 10 MG POR LAS NOCHES, CARBAMAZEPINA 200 MG CADA 12 HORA, PRESENTA RECURRENCIA EL DIA VIERNES 7 DE NOVIEMBRE 7 EPISODIOS DE APROXIMADAMENTE 1 MIN DE DURACIÓN QUE LO LLEVÓ A LA EMERGENCIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. APP: NO REFIERE ; APF:NO REFIERE. EXAMEN FÍSICO NORMOCÉFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EPILEPSIA NO CONTROLADA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	13:42	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO	1312946617	

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
2025-11-13	13:42	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO	1312946617	