

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	GAELEJEFFERSON	17	12	2019	6 años, 3 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353287939	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CAPILLA 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	1353287939	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	14
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 6 años de edad traído por su madre (Sra. Jessenia Mendoza), con antecedente de episodios de convulsiones entre los 3 y 5 años de edad la mayoría no asociados a fiebre, previamente en seguimiento por segundo nivel, el cual fue suspendido por pérdida de controles por situación inestable. Madre refiere cuadro clínico actual desde el día sábado, caracterizado por alza térmica no cuantificada asociada a malestar general, posteriormente, el día domingo presenta episodio convulsivo de tipo tónico-clónico generalizado, acompañado de desviación ocular, con duración menor a 5 minutos, sin pérdida del estado de conciencia posterior al evento según refiere familiar. Cuadro manejado en domicilio con medidas físicas y analgesia oral, con aparente mejoría clínica. En este momento se realiza valoración médica, paciente se encuentra en buenas condiciones generales, activo, alerta, colaborador, afebril al interrogatorio, sin signos de alarma y sin focalización neurológica al examen físico. Se decide referencia a segundo nivel por el servicio de pediatría para valoración especializada, realización de estudios complementarios y reinicio de seguimiento clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-14	17:08	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-04-14	17:08	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

